

RECHERCHES
ANATOMICO-PATHOLOGIQUES
SUR
L'ENCÉPHALE
ET SES DÉPENDANCES;

PAR F. LALLEMAND,

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER, CHIRURGIEN EN CHEF DE L'HÔPITAL CIVIL ET MILITAIRE DE LA MÊME VILLE, etc. etc.

Ars medica tota in observationibus.
(FRED. HOFFMAN.)
Neque enim numerandæ sunt, sed perpedendæ... observationes.
(MORGAGNY, *Epist.* 51, n° 47.

TOME SECOND.

A PARIS,
CHEZ BÉCHET JEUNE, LIBRAIRE
DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE,
PLACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE. N° 4.

1830.


WELLCOME
HISTORICAL
MEDICAL
LIBRARY

RECHERCHES
ANATOMICO-PATHOLOGIQUES
SUR
L'ENCÉPHALE
ET SES DÉPENDANCES.

LETTRE QUATRIÈME.

Abcès enkystés.

Dans les dernières observations de la Lettre précédente, vous avez vu les premiers rudimens d'un kyste s'organiser autour du pus, nous allons continuer l'histoire des abcès enkystés en partant du point où nous nous sommes arrêtés. Mais vous ne devez pas vous attendre à trouver entre les faits que vous allez lire la même ressemblance qu'entre ceux qui font le sujet des trois premières Lettres.

Un abcès enkysté peut être le résultat d'une inflammation aiguë, ou, ce qui est le plus ordinaire, d'une inflammation obscure, tout-à-fait chronique;

et c'est surtout dans les affections cérébrales que la marche rapide ou lente de la maladie apporte les plus grandes modifications dans le développement des symptômes. Les affections aiguës ont d'ailleurs une marche plus constante, des caractères plus tranchés que les chroniques. Dans les premières, l'intensité de la maladie fait disparaître les différences des âges, des sexes et des tempéramens; elle domine les complications qui pourraient entraver son cours ou obscurcir ses symptômes. Il n'en est pas de même des affections chroniques : elles portent pour ainsi dire l'empreinte de chaque individu; très-rarement elles existent seules, et souvent elles sont produites par d'autres. Celles du cerveau, par exemple, se compliquent souvent de méningites chroniques, et finissent encore plus souvent par une encéphalite aiguë : elles sont quelquefois produites par une carie des os du crâne, et en particulier par la carie du temporal, par des corps étrangers, etc. Telles sont les causes qui feront varier les symptômes, exigeront des faits nombreux, des explications fréquentes, et rendront cette Lettre moins uniforme, moins homogène que les autres : c'est une chose fâcheuse, j'en conviens, mais je n'ai pas prétendu faire plier l'observation à la théorie; je n'ai pas entrepris de créer un système simple, une classification nosologique facile; je me suis contenté de rapprocher les cas analogues, de les comparer entre eux, et d'en tirer des conséquences. Cette marche est plus

lente, mais elle est plus sûre. Nous continuerons à la suivre en passant toujours des inflammations les plus aiguës aux plus chroniques.

Je commencerai par une observation remarquable, qui m'a été communiquée par mon ami le docteur Breschet, chef des travaux anatomiques de l'École de médecine de Paris.

N°. I.

Symptômes d'anévrisme du cœur, *crampes* dans les membres du côté *gauche*, gêne dans les mouvemens, paralysie complète, mouvemens convulsifs des membres paralysés revenant par accès. Mort le treizième jour. — *Altérations organiques du cœur, abcès enkystés commençant dans l'hémisphère* droit *du cerveau, ramollissement avec injection sanguine de la substance cérébrale environnante.*

Vilain (Marie-Gabrielle), dès sa plus tendre enfance, a présenté quelque chose d'insolite dans la physionomie. Aussitôt qu'elle se livrait à un exercice un peu pénible, sa figure se colorait d'un rouge violacé; sa respiration était habituellement gênée, surtout lorsqu'elle montait un escalier. A 47 ans, elle cessa d'être réglée, et commença à se plaindre de palpitations accompagnées d'une douleur aiguë dans la région précordiale. Elle s'arrêtait souvent pour sentir battre son cœur, et disait alors qu'elle mourrait bientôt; enfin, ses lèvres et sa figure devinrent tellement bleuâtres, même quand elle ne marchait qu'à pas lents, qu'elle n'osait pas se montrer

dans les rues; elle était sujette à de fortes hémorragies nasales, dont une surtout fut très-effrayante par son abondance et sa durée. Elle éprouvait souvent des crampes dans les membres. Sa constitution fut toujours assez faible, sa taille prit peu de développement; elle resta fille, et mena toujours une vie régulière.

Le 1er. juillet 1821, vers midi (âgée alors de 57 ans), elle se plaignit à sa sœur d'une espèce de crampe qu'elle éprouvait dans la main et le pied *gauches*. Bientôt elle s'aperçut d'une grande gêne dans les mouvemens de ces deux membres; enfin quelque temps après, elle perdit entièrement le mouvement et le sentiment dans tout ce côté du corps; cependant elle conserva toute sa raison et même l'usage de la parole.

Le 3e. jour de sa maladie, elle entra à l'hôpital Cochin, et présenta les symptômes suivans : face animée, d'un rouge violacé; yeux saillans et brillans; lèvres bleuâtres; respiration gênée au point d'exiger une position presque verticale du tronc; pouls petit, facile à déprimer au bras gauche, mais dur et assez fort au bras droit; perte complète du sentiment et du mouvement dans les membres du côté gauche (infusion d'arnica, potion éthérée). Pendant la nuit, les membres paralysés furent tout-à-coup affectés de convulsions : ces mouvemens spasmodiques pouvaient être comparés à ceux que détermine la noix vomique; ils étaient accompagnés d'une gêne

plus grande dans la respiration : la face était plus animée, les yeux plus brillans; les lèvres, qui auparavant étaient bleuâtres, présentaient alors une teinte couleur de rose; les battemens du cœur étaient tumultueux. En appliquant la main sur la région précordiale, on sentait une espèce de frémissement semblable à celui que fait éprouver un corps élastique qu'on fait vibrer fortement (15 sangsues à l'anus, potion avec la teinture de digitale). Tous ces symptômes se calmèrent bientôt, et quand le jour vint ils étaient à peine sensibles. Pendant cet accès, la malade ne perdit pas connaissance.

Le 4, à la visite, M. Bertin (depuis professeur à l'École de médecine de Paris) fit pratiquer une saignée du bras, et continua l'emploi de la digitale; le reste de la journée fut assez calme.

Du 5 juillet jusqu'au 12, la malade a éprouvé plusieurs accès semblables aux premiers, à cela près que les symptômes étaient moins intenses et duraient moins long-temps; mais le 12, vers midi, elle perdit tout-à-coup connaissance, la face devint très-animée; les yeux, extrêmement saillans et brillans, furent agités de mouvemens convulsifs accompagnés de dilatation de la pupille; la respiration s'embarrassa de plus en plus, et la paralysie s'étendit à toutes les parties du corps. En même temps les battemens du cœur et des artères carotides étaient devenus plus forts et plus fréquens. A l'instant même de cet accès, on pratiqua une saignée du bras, à la

suite de laquelle la malade recouvra quelque mouvement dans le bras droit : elle semblait même comprendre ce qu'on lui disait. Mais cette amélioration ne dura qu'un instant, les symptômes s'aggravèrent de plus en plus, et la mort survint le lendemain, vers midi, 13e. jour de la maladie.

L'ouverture du cadavre fut faite par MM. Bertin et Breschet. On trouva : 1°. dans la partie antérieure de l'hémisphère *droit* du cerveau un foyer purulent de la capacité d'un œuf de poule, contenant environ trois onces d'un pus jaune-verdâtre, bien lié et semblable à celui d'un abcès phlegmoneux; seulement il était renfermé dans un véritable kyste, formé par une membrane molle, et cependant assez résistante pour pouvoir être disséquée dans une certaine étendue sans se rompre. Par la face externe, elle était unie à la substance cérébrale, mais l'examen le plus scrupuleux, à l'aide d'une forte loupe, ne put faire distinguer aucun vaisseau allant du cerveau à cette nouvelle membrane, bien qu'elle présentât çà et là des stries ramifiées à la manière des vaisseaux. MM. Bertin et Breschet les regardèrent comme des ramifications vasculaires, quoiqu'ils n'aient pu réussir à les injecter. Une portion de cerveau, accompagnée du kyste, fut mise en macération dans de l'eau. La substance cérébrale s'est putréfiée très-promptement; la membrane avait encore conservé son apparence lorsque le cerveau était déjà dissous.

La substance cérébrale, en contact avec la face extérieure de ce kyste, était d'un rouge foncé, et cette teinte allait insensiblement en diminuant d'intensité; mais dans les parties moins uniformément colorées et d'une teinte moins foncée, on distinguait des points d'un rouge sombre très-rapprochés, qui donnaient aux tranches du cerveau l'aspect sablé de certains granits ou porphyres rouges. Plus loin, la substance cérébrale était jaunâtre; enfin elle reprenait sa couleur naturelle. Dans toutes ces parties la substance cérébrale avait moins de consistance que dans le reste du cerveau : tout le système capillaire veineux et artériel encéphalique était gorgé de sang. Sous la méningine on remarquait une matière couenneuse ou albumineuse répandue çà et là, et d'une consistance assez grande dans quelques points.

Le cœur avait un volume énorme, il pesait 375 grammes (12 onces), tandis que celui d'une autre femme, examiné comparativement, ne pesait que 125 grammes (4 onces). L'oreillette droite était très-développée, et contenait plusieurs onces de sang; la fosse ovalaire était très-profonde; une ouverture, résultant du défaut d'oblitération du trou de Botal, de quatre lignes environ de diamètre, existait dans son fond, et établissait une communication entre les deux oreillettes. On voyait dans les deux cavités les vestiges des valvules qui, dans des sujets bien constitués, ferment le trou de Botal. L'orifice de

communication entre la cavité de l'oreillette droite et celle du ventricule du même côté était étroite; la capacité de ce ventricule était à peu près celle d'un œuf de pigeon, et ne devait par conséquent recevoir que quelques gros de sang. Les parois de ce ventricule avaient une épaisseur qui variait de onze à seize lignes; les valvules étaient petites, mais leurs cordes étaient fortes et d'apparence charnue. L'artère pulmonaire offrait à son ouverture de communication avec le ventricule droit une cloison horizontale, convexe du côté de la cavité artérielle, concave du côté de la cavité ventriculaire, percée à son centre d'une ouverture de deux lignes et demie de diamètre parfaitement circulaire. Elle offrait sur sa convexité trois petits replis ou rides, mais on ne voyait ni sur sa face supérieure ni sur l'inférieure aucune trace de séparation de cette cloison en trois valvules. Au-dessus de cette cloison, l'artère pulmonaire ne présentait rien de particulier.

L'oreillette gauche, de grandeur à peu près ordinaire, présentait l'orifice du trou de Botal décrit ci-dessus.

Le ventricule gauche, dont la capacité était plus grande qu'à l'ordinaire, avait aussi des parois plus épaisses. L'aorte présentait çà et là des plaques osseuses et cartilagineuses.

Le canal artériel était petit et entièrement oblitéré.

§ I. Quoique plusieurs circonstances de cette observation n'aient pas de rapport direct avec le

sujet qui nous occupe, elles présentent trop d'intérêt pour que nous ne les examinions pas avec quelque détail.

L'espèce de diaphragme troué à son centre, qui remplaçait les valvules sigmoïdes de l'artère pulmonaire, était probablement un vice organique congénital, puisqu'on ne trouva aucune *trace de séparation de cette cloison en trois parties*, puisque cette femme, *dès sa plus tendre enfance, avait présenté quelque chose d'insolite dans la physionomie*, puisqu'enfin le trou de Botal ne s'était pas oblitéré.

L'obstacle que cette membrane opposait au passage du sang du ventricule droit dans l'artère pulmonaire devait en faire refluer une partie dans l'oreille droite à chaque contraction du cœur, et empêcher ainsi le dégorgement complet des veines-caves supérieure et inférieure. Il a dû en résulter immédiatement une stase de sang noir dans le système veineux, semblable à celle qui arrive consécutivement dans les anévrismes du cœur produits par un rétrécissement de l'orifice ventriculo-aortique. D'un autre côté, ce même sang rapporté par les veines, ne pouvant s'écouler en totalité par l'artère pulmonaire, a continué, comme avant la naissance, à passer de l'oreillette droite dans la gauche par le trou de Botal, et à se mêler avec le sang rouge rapporté par les veines pulmonaires. Ce mélange produit, comme vous le savez, une coloration particulière de la peau, qui a

fait donner à cette affection le nom de cyanose ou maladie bleue.

Ainsi cette espèce de diaphragme placé à l'ouverture de l'artère pulmonaire a produit la stase du sang noir dans le système veineux et son mélange avec le sang rouge, et ces deux phénomènes secondaires ont été causes, à leur tour, de la coloration violacée de la face, ainsi que de la faiblesse de la constitution, du peu de développement qu'a pris le corps, et de la gêne habituelle de la respiration.

Ce même obstacle à la circulation explique aussi l'augmentation d'épaisseur des parois du ventricule droit, et la diminution de sa cavité. La résistance continuelle qu'il était obligé de surmonter pour pousser le sang dans l'artère pulmonaire à travers cette ouverture étroite, en augmentant son action, a activé sa nutrition. C'est encore à l'étroitesse de cette ouverture qu'il faut attribuer le frémissement particulier qu'éprouvait la main appliquée sur la région précordiale.

§ II. Le ventricule gauche recevait par le trou de Botal une partie du sang déposé dans l'oreillette droite; cette addition a pu augmenter ses fonctions, et par suite contribuer à son développement. Cependant vous remarquerez que la partie du sang veineux qui passait directement dans le ventricule gauche, ne se rendant pas au poumon, les veines pulmonaires devaient en rapporter d'autant moins

à ce même ventricule gauche, en sorte qu'il devait y avoir compensation. Mais en supposant que cette circonstance ait contribué au développement du ventricule gauche, l'altération des parois de l'aorte y a certainement eu beaucoup plus de part. L'ossification des gros troncs artériels est la cause ordinaire des anévrismes qui ne sont pas dus à un rétrécissement de l'orifice ventriculo-aortique. Ce qu'il y a de certain ,c'est qu'il n'existait entre le cœur et les artères carotides aucun obstacle mécanique au passage du sang. Ainsi cette femme, malgré la coloration violacée des lèvres et de la face, était dans le cas de celles qui avaient une hypersarcose du cœur sans rétrécissement (*voy*. L. Ire, nos 12 et 13), et l'épaississement des parois du ventricule gauche a dû influer sur le développement de l'affection cérébrale à laquelle elle a succombé. (*Voyez*, T. Ier., la note de la page 44.) C'est ce que prouvent les fréquentes et copieuses hémorragies nasales auxquelles elle était sujette, ainsi que les accès de crampes qu'elle éprouvait souvent dans les membres. Ces accidens ne peuvent être attribués qu'à des congestions sanguines vers la tête, favorisées par cet excès de force des parois du ventricule gauche. C'est par des crampes dans la main et le pied gauches qu'ont commencé les premiers symptômes de l'inflammation de l'hémisphère droit du cerveau.

§ III. L'altération des parois de l'aorte nous permet encore d'expliquer pourquoi le pouls était

petit et facile à déprimer à l'un des bras, tandis qu'il était dur et assez fort à l'autre. Lorsque des plaques osseuses ou cartilagineuses sont développées dans l'épaisseur de l'aorte, il n'est pas rare de voir l'orifice des artères qui en naissent déformé et rétréci ; ces plaques d'ailleurs s'étendent plus ou moins sur les autres artères d'un gros calibre. Je pourrais en citer de nombreux exemples; mais pour ne pas sortir de notre sujet, je me contenterai de vous rappeler l'observation treizième de la Lettre I[re], qui a sous tous les rapports la plus grande ressemblance avec celle-ci. Chez cette femme, le pouls était très-faible; les battemens du cœur, au contraire, avaient beaucoup de force et d'étendue : *l'orifice des artères sous-clavières était en partie osseux, déprimé et rétréci*. Il est probable que chez celle qui fait le sujet de l'observation de M. Breschet la faiblesse du pouls du bras gauche dépendait de quelque altération analogue.

§ IV. Sa paralysie du côté gauche du corps a été précédée de contractions spasmodiques dans la main et dans le pied ; c'est du moins ce qu'il faut, je crois, entendre par *crampes ;* elle a commencé par une gêne dans le mouvement, et a suivi dans son développement une marche lente et graduée ; enfin la sensibilité s'est éteinte. Les membres paralysés ont été le siége de mouvemens spasmodiques *semblables à ceux que détermine la noix vomique*, dont les accès diminuèrent d'intensité et de durée,

et finirent par n'affecter que les yeux. Enfin dans les derniers de ces accès, la malade perdit connaissance, et la paralysie s'étendit à l'autre moitié du corps. Ainsi les symptômes de maladie du cœur, quoique très-graves, n'ont point empêché ceux d'inflammation cérébrale de suivre leur marche ordinaire et de présenter leurs caractères distinctifs les plus tranchés, car il serait difficile d'en donner une description plus exacte que le résumé ci-dessus.

§ V. D'un autre côté, les symptômes d'inflammation du cerveau n'ont pas modifié d'une manière sensible ceux de l'affection du cœur. Il est même remarquable que, dans les accès de convulsions, où la respiration était plus gênée, la circulation plus embarrassée, la face, au lieu d'être plus violacée, prenait une teinte rosée. Nous avons déjà remarqué ce changement de coloration au moment des accès chez cette malade du n°. 13 (Lettre I[re].), que j'ai si souvent comparée à celle-ci. Ce changement mérite d'être noté, en ce qu'il nous permet de distinguer chez le même individu la coloration de la face, produite par la stase du sang noir dans le système capillaire, par suite d'un obstacle *mécanique* à la circulation veineuse, d'avec celle qui résulte de la présence du sang rouge dans les mêmes vaisseaux, par suite d'une congestion *active*, toute *vitale*.

Lorsque les convulsions sont intermittentes, cette injection du système capillaire de la face, qui re-

présente à l'extérieur la fluxion qui s'opère alors vers le cerveau, coïncide toujours avec l'apparition de l'accès.

Dans tous les cas où nous avons vu les affections cérébrales influer sur les symptômes des autres maladies concomitantes, et même sur les fonctions de la vessie, de l'estomac, etc., ces phénomènes consistaient dans une modification de la sensibilité ou de la contractilité, étaient par conséquent sous l'influence du système nerveux, sous la dépendance du cerveau. Mais le vice organique du cœur agissait d'une manière mécanique, constante, inévitable; il ne pouvait donc recevoir aucune influence des modifications survenues dans les fonctions du système nerveux.

§ VI. Je vous ai fait remarquer (*voy.* le § VII, pag. 431 et suiv.) que, dans presque tous les cas d'inflammation cérébrale, la paralysie, bornée d'abord à un seul côté, s'étendait ensuite à tous les deux, et que les malades perdaient connaissance et tombaient dans un état comateux. J'ai attribué ces symptômes à la compression de l'hémisphère sain par l'hémisphère enflammé, tuméfié. Notre malade, dans le dernier accès de convulsions, perdit connaissance, et la paralysie s'étendit au côté sain. Une saignée rappela le mouvement dans les membres de ce côté, et la malade sembla comprendre ce qu'on lui disait. Est-il rien de plus clair et de plus concluant?

§ VII. Les altérations trouvées dans le cerveau ont été examinées et décrites avec un soin qui ne laisse rien à désirer; c'est, pour ainsi dire, la nature prise sur le fait, au moment où elle organisait une barrière entre le pus rassemblé en foyer et la substance cérébrale qui avait résisté à la suppuration. Ces premiers élémens d'un kyste ressemblent à ceux dont vous avez lu la description dans les dernières observations de la Lettre précédente, ainsi je ne m'y arrêterai pas.

§ VIII. Quoique la malade ait succombé, le traitement a été très-rationnel; les effets immédiats de la saignée ont été momentanément utiles; mais vous concevez que rien ne pouvait amener la guérison.

J'espère que vous me pardonnerez de m'être arrêté si long-temps à cette observation, en faveur de l'intérêt qu'elle présente par elle-même et par l'exactitude des détails qu'elle contient. Un seul fait bien observé est plus utile que cent qui sont tronqués, ou qui ont été recueillis avec prévention ou légèreté.

Au moment où l'on imprimait cette feuille, M. le docteur Andral fils (1) a eu la bonté de me communiquer l'observation suivante, que je m'empresse de faire entrer ici, comme dans la place qui semblait lui être destinée. Je suis d'autant plus reconnaissant envers l'auteur, que je ne le connais encore que par sa

(1) Aujourd'hui professeur.

réputation d'observateur plein d'exactitude et de perspicacité.

N°. 2.

Céphalalgie à *droite*, symptômes spasmodiques et paralysie progressive à *gauche ;* délire, symptômes spasmodiques à *droite.* — *Abcès enkystés dans l'hémisphère* droit, *méningite surtout à* gauche.

Un homme, âgé de 27 ans, charpentier, récemment traité à l'hôpital des Vénériens pour des chancres, ressentait depuis quelque temps, dans tout le côté *droit* de la tête, une sorte de pesanteur, plutôt qu'une véritable douleur, à laquelle il avait à peine fait attention.

Le 18 décembre 1821, après avoir travaillé toute la journée comme de coutume, il éprouva dans le membre thoracique *gauche* un tremblement assez fort ; la main surtout était agitée par des mouvemens continuels de flexion et d'extension. Bientôt il se plaignit de tintemens d'oreille, d'éblouissemens, et perdit entièrement connaissance. Cet état dura une partie de la nuit.

Le lendemain 19, retour des fonctions sensoriales et intellectuelles; continuation des mouvemens de la main *gauche ;* de temps en temps flexion permanente et comme *tétanique* de l'avant-bras sur le bras ; intégrité des fonctions des membres abdominaux et du membre thoracique droit.

Le 20, cessation complète des mouvemens spas-

modiques; gêne dans les mouvemens du bras, de l'avant-bras et de la main du côté *gauche ;* sensation de faiblesse, d'engourdissement et de froid dans ces parties.

Le 21, persistance de ce commencement de paralysie. Le soir, entrée du malade à l'hôpital de la Charité, salle Saint-Louis, n° 86.

Le 22 matin, face pâle, intégrité des fonctions intellectuelles et sensoriales ; conservation de la myotilité et de la sensibilité dans les deux membres abdominaux et le membre thoracique droit ; flexion de la main *gauche* sur le poignet, due plutôt à la paralysie des extenseurs qu'à la contraction des fléchisseurs ; impossibilité de rien serrer avec cette main, qui paraît froide et engourdie ; mouvement de l'avant-bras *gauche* faible et exigeant beaucoup d'efforts pour porter la main à la tête ; muscles de la face et de la langue dans l'état naturel ; douleur assez forte dans toute la partie *droite* de la tête, s'exaspérant par intervalles sans augmenter ni diminuer par la pression ; pouls lent et faible ; peau sans chaleur ; fonctions digestives intactes ; l'état du malade paraît avoir beaucoup d'analogie avec celui que présentent les individus dont la paralysie reconnaît pour cause les émanations de plomb. (Limon. tartar. 4 pil. de Bontius, pédiluves sinapisés, frict. sur le membre paralysé avec liniment, vol. camphré, trois crêmes de riz, deux bouillons.)

Jusqu'au 25, même état, même traitement. Le 26, face rouge, céphalalgie plus forte que jamais. (Douze sangsues à la partie droite du cou, apozème purgatif, infusions de fleurs d'arnica, deux tasses.)

Le 27, persistance de la céphalalgie, abolition des mouvemens de l'avant-bras *gauche* et diminution de ceux du bras. (On insiste sur l'emploi des dérivatifs.)

Le 31, application de quinze sangsues de chaque côté du cou. Vers dix heures du matin, délire, agitation pendant toute la journée.

Le 1er. janvier, dans la matinée, yeux égarés roulant continuellement dans leur orbite, tête agitée par des mouvemens continuels de droite à gauche et de gauche à droite. Le bras gauche soulevé retombe comme une masse inerte. Les membres supérieur et inférieur droits au contraire sont agités de petits mouvemens spasmodiques, brusques, irréguliers et fréquens, qui augmentent dès qu'on les touche. Le membre abdominal droit en est exempt, quoiqu'il ne partage pas la paralysie du bras; car, pour peu qu'on le pince, le malade le retire et se plaint; il prononce à voix basse les propos les plus incohérens. Cependant quand on fixe son attention par des demandes réitérées, ses réponses sont justes; il tire la langue quand on l'en prie. Pour la première fois le pouls est fréquent. (Vingt-quatre sangsues au cou, lavement de séné et d'émétique, deux sinapismes aux jambes.) Le reste du

jour, point de changement, le lavement n'est pas rendu.

Le 2 dans la matinée, assoupissement, point de réponse à aucune question; mais le moindre attouchement reproduit les mouvemens spasmodiques des membres du côté droit; pouls très-fréquent et petit. (Deux vésicatoires à la partie interne des cuisses, lavement avec sirop de nerprun et séné.) Dans la journée, augmentation de l'état comateux; le soir, paralysie du membre abdominal gauche, mort dans la nuit.

Ouvert. du cad. 36 *h. après la mort.* Arachnoïde de la surface supérieure des hémisphères cérébraux, surtout du gauche, fortement injectée.

Circonvolutions du lobe postérieur de l'hémisphère droit aplaties, offrant sous le doigt une sensation évidente de fluctuation. Une incision donne issue à un liquide verdâtre inodore, de consistance crêmeuse, à un véritable pus, semblable à celui qui s'écoule de beaucoup d'abcès phlegmoneux extérieurs. En prolongeant l'incision, on met à découvert une cavité irrégulièrement sphéroïde, de capacité à loger un œuf de poule, située en dehors et en arrière du ventricule du même côté avec lequel elle ne communique pas, séparée de l'arachnoïde par une lame très-mince de substance cérébrale, et communiquant en dehors, par une sorte de trajet fistuleux, avec une autre cavité de la capacité d'une noix. La face interne de ces deux abcès et du trajet

fistuleux qui les réunit est tapissée par une membrane mince, d'un rouge grisâtre, douce et lisse au toucher, se détachant facilement par lambeaux du tissu sousjacent sur lequel elle ne semble, en quelque sorte, qu'appliquée. Mise dans l'eau, elle paraît comme villeuse et hérissée de filamens; enfin elle offre beaucoup d'analogie avec les membranes muqueuses. Autour d'elle, la substance cérébrale n'est ni injectée, ni plus molle, ni plus dure qu'à l'ordinaire. Dans chacun des ventricules latéraux, sérosité limpide et incolore en quantité médiocre; dans le reste de l'encéphale, aucune altération notable.

Viscères thoraciques et abdominaux sains.

§ I. Le kyste, qui tapissait le foyer purulent, était trop bien organisé pour que vous pussiez croire que l'inflammation n'a commencé qu'au moment où les symptômes spasmodiques ont affecté le bras gauche; car elle n'aurait duré que quinze jours. Mais peut-on supposer qu'une inflammation existe long-temps dans le cerveau, sans se manifester par d'autres symptômes que par une pesanteur de tête? Oui, sans doute, et vous verrez bientôt des inflammations chroniques détruire presque tout un hémisphère, sans que rien ait pu en faire soupçonner l'existence. Or, si nous retrouvons ici tous les symptômes des inflammations aiguës, s'ils se succèdent dans le même ordre, il faut avouer que leur marche est extrêmement lente. D'abord, mouvemens spasmodi-

ques, puis contraction tétanique, ensuite faiblesse, engourdissement, sensation de froid, etc. En un mot, pendant quinze jours, le membre supérieur seul a été affecté, et vous avez vu que cela n'arrivait que dans le cas d'inflammation lente, chronique, ou d'épanchement sanguin peu volumineux. Ajoutons que les fonctions intellectuelles n'ont été troublées que par l'inflammation de l'arachnoïde. Si donc vous ne voulez pas ranger cette inflammation parmi les chroniques, il faut convenir qu'elle n'est déjà plus du nombre de celles qu'on doit appeler aiguës.

§ II. Au bout de douze jours, *délire*, agitation; le lendemain, mouvemens spasmodiques dans le cou et les membres du côté *droit*; c'est à dire inflammation de l'arachnoïde succédant à celle du cerveau. L'hémisphère gauche, qui jusque-là avait rempli ses fonctions dans toute leur intégrité, étant irrité par le voisinage de l'arachnoïde enflammée, ces mêmes fonctions sont exaltées, perverties, mais non détruites comme celle de l'autre hémisphère.

Rien n'est plus clair, comme vous le voyez, que toutes les circonstances de cette observation; aussi est-elle remarquable par une exactitude qu'on ne connaissait pas il y a encore peu de temps; on a même eu soin de noter que la substance cérébrale qui environnait le kyste était tout à fait exempte d'altération, et cela n'est pas indifférent, car le

malade n'a éprouvé aucun symptôme d'une seconde inflammation cérébrale.

§ III. Quant au traitement, vous avez sans doute remarqué que, pendant les quatre premiers jours, on avait employé des dérivatifs internes et externes, sans avoir préalablement tiré du sang. Aussi la face devint plus rouge, la céphalalgie plus violente. On mit alors des sangsues, mais en petit nombre; on les mit au cou, beaucoup trop près du siége de l'inflammation. On donna en même temps un apozème purgatif et une infusion d'arnica, et l'on continua pendant quatre jours les *dérivatifs*. Alors on vit la nécessité d'appliquer trente sangsues, mais il était trop tard. Je pense qu'il fallait faire précisément le contraire de ce qu'on a fait, c'est-à-dire saigner d'abord largement, y revenir jusqu'à ce qu'on eût fait tomber l'éréthisme, et finir par les dérivatifs les plus puissans. Je me suis un peu étendu sur le traitement, parce qu'on a employé les évacuations sanguines et les dérivatifs, qui sont les moyens les plus efficaces qu'on puisse mettre en usage en pareil cas, et vous auriez pu apprécier fort mal leur influence d'après cette observation.

N°. 3.

Convulsions avec rigidité du côté *gauche*, agitation du côté droit, hémicrânie à droite, déviation de la bouche à *gauche*, strabisme, hémiplégie à *gauche*, accès convulsifs, etc. Mort au bout de trois mois. — *Adhérences de l'arachnoïde à la dure-mère à* droite, *abcès enkysté dans le lobe postérieur de l'hémisphère* droit *du cerveau, sérosité très-abondante dans les ventricules*. (The Edinburg medical and surgical Journal. 1805. vol. first. p. 150. Obs. of D. Bateman.)

Élisa Appleby, âgée de 5 ans, huit jours environ après la disparition d'une rougeole, fut affectée tout à coup de mouvemens convulsifs dans toutes les parties du corps. Ils continuèrent avec de légères rémissions pendant près de deux jours. Les membres du côté *gauche* étaient *contractés et raides*, tandis que ceux du côté droit étaient dans un mouvement continuel dans l'intervalle des convulsions. Elle se plaignait d'une céphalalgie qu'elle rapportait au côté *droit*, et s'écriait souvent qu'il lui venait quelque chose dans cette partie de la tête. Déviation de la bouche à *gauche*; strabisme considérable; pendant quelques jours, chaleur à la peau, soif; enfin paralysie des membres du côté *gauche*. La fièvre disparut assez promptement; mais les autres symptômes continuèrent pendant l'espace de cinq semaines avec des convulsions accidentelles, pendant lesquelles les membres du côté

gauche étaient *contractés avec raideur*, tandis que ceux du côté droit étaient continuellement en mouvement; frictions mercurielles, suivies au bout de six jours de salivation; vésicatoire à la tête, après lequel les convulsions ne revinrent plus qu'une fois, apparition vers la suture sagittale d'une tumeur molle qui s'étendit du côté droit.

La malade, couchée sur le dos, criait violemment dès qu'on voulait la soulever ou la retourner. Elle se plaignait de temps en temps, et portait sa main *droite* à sa tumeur. Irascibilité habituelle, quelquefois loquacité très-grande; point de tendance à la stupeur ni au coma; ouïe intacte; vue nulle, pupille dilatée; strabisme, œil droit dirigé vers le nez, le gauche directement en avant; point de fièvre, chaleur à la peau, appétit vorace, constipation habituelle, de temps en temps, constriction des mâchoires, mouvemens rapides des yeux et des paupières, qui durent une ou deux minutes.

Le bras et la jambe *gauches* reprennent un peu leurs fonctions; mais l'amaigrissement augmente de jour en jour. La tumeur de la tête se ramollit, semble contenir un liquide épais. La pression exercée sur elle ne produit aucune douleur, ne cause point de stupeur et n'augmente pas les autres symptômes; ce qui fait présumer qu'elle ne communique pas avec l'intérieur du crâne. Elle est ouverte huit jours environ après son apparition; il en sort cinq ou six onces de pus ordinaire. (Demi-

grain de calomel avec autant de digitale, deux fois par jour.) Ce traitement fut suspendu quand il détermina des évacuations trop abondantes, repris ensuite, suspendu de nouveau. Au bout de trois semaines (c'est-à-dire deux mois après l'apparition des premiers symptômes, la malade se plaignit moins, reprit de l'embonpoint; mais du reste, même état, point de fièvre. Au bout de quinze jours, elle eut de fréquentes attaques de convulsions, pendant lesquelles le côté droit fut *presque* aussi affecté que le *gauche;* les membres inférieurs étaient raides et étendus, tandis que le supérieur droit était dans un mouvement continuel. Entre les accès, repos, sensibilité conservée, aphonie, assoupissement, point de plaintes, pouls fréquent. On donne la digitale quand cela est possible. Au bout de huit jours, attaques plus fréquentes, insensibilité presque complète, anorexie, respiration stertoreuse, etc. Mort trois mois environ après le début de la maladie.

Autopsie cadavérique. La tête paraît volumineuse par rapport au corps, et légèrement saillante à *droite.* De ce côté la dure-mère était très-intimement unie au crâne et *à la pie-mère,* ou plutôt ces deux membranes adhéraient fortement aux os; la dure-mère était opaque et épaissie. A gauche, rien de remarquable. L'hémisphère *droit,* surtout à sa partie postérieure, était visiblement plus gonflé; les circonvolutions étaient beaucoup moins distinctes,

sa surface était plus unie qu'à l'ordinaire. En coupant la substance cérébrale, on la trouva ferme et coriace; on distinguait à peine la substance grise de la blanche. Le lobe postérieur était presque entièrement rempli par un sac globuleux, qu'on séparait avec la plus grande facilité, de la substance cérébrale, avec les doigts. Ce sac était très-vasculaire, d'une texture dense, d'une épaisseur considérable, et contenait environ quatre onces de pus de bonne nature. Il était éloigné du crâne d'environ trois quarts de pouce, et entouré partout de substance cérébrale, excepté une très-petite étendue qui correspondait à la partie postérieure du ventricule droit, dont il formait en partie la paroi. Les ventricules étaient considérablement distendus par de la sérosité.

§ I. Les symptômes spasmodiques ont présenté, pendant toute leur durée, des caractères bien différens dans les deux moitiés du corps. Les membres du côté *gauche* étaient *contractés* et *raides*; les muscles de la face étaient dans le même état de contraction permanente, puisque la bouche était déviée à *gauche*, sans que le côté droit fût paralysé : ceux des yeux n'en ont pas même été exempts, comme le prouve le strabisme. Ainsi tout ce côté *gauche* était dans un état de raideur comme tétanique; les membres du côté droit étaient seulement agités d'un mouvement continuel. Cette différence seule eût suffi, dès le premier jour de la maladie, pour faire soupçonner une inflammation simultanée de l'hémi-

sphère *droit* du cerveau et de l'arachnoïde. (*Voy.* L. II, § XIV et XV.) Mais bientôt la céphalalgie s'est fixée à *droite*; les contractions tétaniques du côté *gauche* ont fait place à la paralysie sans que le côté droit ait cessé d'être agité. Ces symptômes, que nous avons remarqués dans tous les cas de complication semblable, ont eu seulement une marche moins rapide, ont présenté des variations, des intermittences plus nombreuses : aussi la maladie a-t-elle duré trois mois; aussi le pus était-il environné d'un *sac très-vasculaire, d'une texture dense, d'une épaisseur considérable.*

Les symptômes d'inflammation cérébrale ont diminué à mesure que le pus s'est réuni en un foyer commun, que la congestion sanguine s'est dissipée : ils ont cessé lorsqu'un kyste a été organisé à la surface du pus, et que le cerveau a été habitué au contact de ce corps étranger.

§ II. L'arachnoïde de la surface de l'hémisphère *droit* avait contracté des adhérences intimes avec la dure-mère, parce que l'inflammation avait été plus intense de ce côté, qui correspondait à l'abcès du cerveau. Il n'en existait plus de traces du côté gauche, parce qu'elle s'est terminée par résolution en même temps que l'épanchement albineux du côté droit s'est organisé (1).

(1) *Voy.* les Obs. 3, 4, 5, 10 et 13 de la Lettre précédente, et les réflexions qui y ont rapport, de la page 459 à la page 464.

§ III. Les ventricules étaient distendus par une grande quantité de sérosité ; aussi remarquez bien que, dans la dernière moitié de la maladie, les symptômes d'hydrocéphale aiguë ont peu à peu remplacé ceux d'inflammation du cerveau, et sont devenus de plus en plus prononcés. D'abord cris violens, irascibilité, plaintes continuelles, perte de la vue, dilatation de la pupille, agitation des yeux et des paupières, trismus, etc., qui caractérisent la période d'irritation; ensuite aphonie, assoupissement, insensibilité générale qui annoncent l'épanchement.

§ IV. Les fonctions intellectuelles ont été conservées jusqu'au moment où l'épanchement de sérosité dans les ventricules a produit l'état comateux, parce que l'inflammation du cerveau ayant été fort lente, l'hémisphère sain n'a pas été comprimé par l'hémisphère malade.

§ V. Vous avez vu si souvent la substance cérébrale qui environnait les abcès anciens, ramollie, diffluente, que vous aurez peut-être été surpris de lire que chez cette jeune fille, au contraire, elle était *ferme* et *coriace*. Mais dans les cas où nous avons remarqué cette altération, les malades avaient succombé tout-à-coup avec les symptômes d'une rechute de la première maladie.

§ VI. La tête parut un peu plus volumineuse à droite, c'est-à-dire du côté de l'abcès, qu'à gauche. Dans l'espace de trois mois, à l'âge de cinq ans, le crâne peut bien avoir cédé d'une quantité notable.

Cette circonstance a sans doute contribué à conserver l'intégrité des fonctions intellectuelles, en empêchant l'hémisphère sain d'être aussi comprimé qu'il l'eût été sans cela.

§ VII. Il paraît que, dans le principe, on n'a employé aucun moyen énergique ; il n'est question ni de saignées générales ni de saignées locales. Le calomel, malgré la salivation qu'il a déterminée, ne paraît pas avoir agi d'une manière efficace. Le vésicatoire qu'on a appliqué sur la tête a probablement été cause de l'inflammation du tissu cellulaire sous-jacent, puisqu'elle s'est manifestée immédiatement après son application. Toutefois malgré l'étendue de l'abcès qui en est la suite et son voisinage du cerveau, il ne paraît pas avoir été utile. Si vous vous rappelez les observations de guérison que je vous ai rapportées à la fin de la seconde Lettre, vous serez porté à croire qu'un traitement antiphlogistique et dérivatif, employé dès le principe avec énergie, eût été plus heureux.

N°. 4.

Chute sur la tête ; un mois après, raideur dans le col, accès d'épilepsie, symptômes d'hydrocéphale. Mort deux mois après. — *Abcès enkysté dans le cervelet, et épanchement considérable dans les ventricules latéraux.*

Mlle. Pirrot, âgée de seize ans, peu développée,

pour son âge, d'un tempérament lymphatique, menstruée depuis un an, mais d'une manière assez irrégulière, tomba, vers la fin de novembre 1826, d'un premier étage, sur le front. Elle ne perdit pas connaissance; mais bientôt après, elle fut prise de douleurs lancinantes dans toute la circonférence du crâne. (Vingt sangsues aux tempes et derrière les oreilles, saignée du pied, sinap., pédil. sinap. Le lendemain, large vésic. sur la tête.)

Par l'effet de ces moyens énergiques, les douleurs disparurent bientôt. Peu de temps après, on appliqua un autre vésicatoire au col, tandis que celui de la tête séchait. Pendant un mois, elle ne se plaignit de rien; les vésicatoires étaient secs. A cette époque, elle éprouva des douleurs très vives et lancinantes dans les muscles de la partie postérieure du col, à l'endroit du vésicatoire; des mouvemens convulsifs fréquens qui duraient environ un quart d'heure, et commençaient par les muscles du col. Dans ces accès, tout le corps était agité, la tête était renversée en arrière: ils revenaient dans le principe une fois par jour seulement; ensuite ils devinrent plus fréquens, et au bout de quinze jours, ils étaient presque continus. La malade entra à l'Hôtel-Dieu le 12 janvier 1817, salle du Rosaire, n°. 21. Dans la journée, elle eut plusieurs accès convulsifs, pendant lesquels le pouls prit du développement. D'une minute à l'autre, la pupille était alternativement très dilatée et très contractée sous l'influence de la même lumière; les

muscles du col étaient très douloureux, même dans l'intervalle des accès. Le pouls offrait les mêmes irrégularités que la pupille, tantôt lent, presque imperceptible, tantôt fréquent, plus fort et plus développé. La face était tantôt pâle, décolorée, et tantôt rouge vers les pommettes; la malade se plaignait souvent d'avoir froid, et ne se réchauffait qu'avec peine. Tous ces symptômes variaient d'une minute à l'autre; mais la face était toujours triste, le front ridé, le sourcil abaissé, l'œil fixe et immobile, la langue nette et humide. (Seize sangsues à la nuque et derrière les oreilles; une heure après, une petite saignée du pied, eau de veau, pédiluve toutes les quatre heures, sinap. aux jambes.) Dans la journée, cris aigus et plaintes continuelles; mouvemens convulsifs fréquens et violens; vomissement spontané de matières vertes et filantes (c'est le premier depuis le début de la maladie); tantôt la malade répond bien à tout ce qu'on lui demande, tantôt elle se fâche, garde un silence obstiné, ou répond avec aigreur, et ne veut rien faire de ce qui lui est prescrit.

Le 13 janvier, douleurs un peu moins vives; point de vomissemens; du reste même état. (Eau de veau, julep antispasmodique, pédiluves sinapisés.)

Dans la journée, accès fréquens avec frissons et refroidissement considérable. Le soir, afin de n'être pas dérangée, elle dit qu'elle est parfaitement bien et n'a besoin de rien; mais le *facies* est toujours le même,

et les autres symptômes n'ont pas changé. Mort pendant la nuit, deux mois environ après la chute.

A l'ouverture du cadavre, le crâne et la dure-mère étant enlevés, on remarqua que le lobe moyen de chaque hémisphère était plus bombé que de coutume, que les circonvolutions étaient *aplaties,* ce qui fit présumer un épanchement dans les ventricules. L'arachnoïde, qui recouvre les lobes postérieurs, était plus injectée que celle des lobes moyens et antérieurs. En enlevant horizontalement le cerveau par couches très minces, on arriva presque aussitôt dans les ventricules latéraux, dilatés de manière à dépasser de plus d'un pouce le niveau du corps calleux. Chacun d'eux contenait environ trois cuillerées de sérosité; ils étaient surtout dilatés en arrière et en bas, après l'endroit où ils se recourbent pour se porter en avant, en sorte que les corps striés et les couches des nerfs optiques étaient soulevés et faisaient saillie dans l'intérieur de la cavité. Du reste, l'arachnoïde qui les tapisse était lisse, mince et transparente.

La tente du cervelet était adhérente à l'arachnoïde sous-jacente par une exsudation couenneuse, excessivement mince, mais qu'on apercevait cependant très distinctement au moment où l'on écartait la dure-mère : alors elle se déchirait au moindre tiraillement. Dans quelques points cependant, cette fausse membrane était assez résistante, l'adhérence assez intime pour que des portions du cervelet restassent unies à la dure-mère. L'arachnoïde était très-

rouge, ainsi que toute la surface du cervelet; du côté gauche, les replis transversaux de sa surface paraissaient entièrement effacés, et à quelques lignes de pofondeur, nous trouvâmes un corps lisse, parfaitement circonscrit, du volume d'un petit œuf de poule. Après l'avoir débarrassé de la substance cérébrale, on put enlever de la surface du kyste plusieurs couches de tissu cellulaire, formant comme autant de membranes très-minces, celluleuses, superposées. Le kyste étant ouvert, il en sortit une bonne cuillerée de pus verdâtre, parfaitement semblable à celui d'un abcès phlegmoneux, sans odeur prononcée, presque sans saveur, seulement un peu salé. La surface interne du kyste avait l'aspect muqueux qu'offrent les tissus accidentels qui se forment autour des foyers de pus anciens. La substance du cervelet était moins consistante que celle du cerveau. Rien de remarquable dans les autres cavités.

§ I. Cette observation offre un exemple assez frappant d'inflammation du cervelet, par contre-coup, comme l'attestait une cicatrice adhérente au coronal.

Les accidens, combattus par un traitement énergique et rationnel, ont été si promptement et si complétement dissipés, que rien n'eût pu faire naître le plus léger soupçon de l'existence d'un abcès. J'ai déjà souvent arrêté votre attention sur des faits analogues, mais ils sont tellement importans, et s'accordent si peu avec les idées généra-

lement reçues au sujet des abcès de la substance cérébrale, que je ne puis trop vous les faire remarquer. Vous voyez que c'est toujours quand la fluxion inflammatoire cesse, quand le pus se réunit en foyer, que les symptômes diminuent, et que, malgré la présence de ce corps étranger, l'organe peut reprendre entièrement ses fonctions.

§ II. Ici, comme dans le cas précédent, les symptômes d'hydrocéphale aiguë ont seuls caractérisé la dernière partie de la maladie; c'est sous ce titre que l'observation a été recueillie, et l'ouverture du cadavre n'a pas démenti le diagnostic.

Plus nous avancerons dans l'étude des altérations anciennes du cerveau, plus nous aurons occasion de nous convaincre que ce ne sont presque jamais elles qui causent la mort; tantôt c'est une inflammation nouvelle de la substance cérébrale environnante, tantôt une hémorragie foudroyante, et le plus souvent une méningite aiguë ou chronique. Dans tous ces cas, les caractères de la première maladie disparaissent; il est rare qu'on soupçonne son existence. Ceux de la seconde sont toujours difficiles à démêler. Ici il y avait en même temps inflammation récente du cervelet, de l'arachnoïde qui le recouvre et de celle des ventricules; mais la première paraît avoir eu peu d'influence sur la marche et le caractère des symptômes.

Dans la moitié correspondante à l'abcès enkysté, les replis transversaux du cervelet étaient effacés

de la même manière que les circonvolutions cérébrales l'étaient par l'accumulation de la sérosité dans les ventricules. Cet aplatissement est toujours produit par une compression exercée de dedans en dehors. Ainsi celui qu'on observe dans certains cas de ramollissement ou de suppuration commençante ou peu étendue peut donner une idée de la turgescence que la fluxion inflammatoire avait déterminée pendant la vie.

§ III. Je dois, à l'occasion de cette observation, vous rapporter celle que M. Delamare a consignée dans l'ancien Journal de médecine, t. XXXIII, page 508. Elle est fort incomplète; mais nous possédons si peu d'exemples d'inflammation du cervelet, que nous ne devons en négliger aucun.

« M. Guérin, vicaire à Gézeville, âgé de quarante-six ans, d'un bon tempérament, fort et replet, ayant bon appétit, se plaignait d'une douleur sourde qui devint par la suite aiguë, sous le coronal. Il éprouva pendant un an des *vertiges, des vomissemens sans fièvre.* Il chancelait sur ses jambes et manquait souvent de tomber en avant. Le traitement employé fut antiphlogistique et dérivatif. »

A l'ouverture du cadavre, M. Delamare trouva les méninges et les deux lobes du cerveau en bon état dans toutes leurs parties... ; mais l'enveloppe du cervelet était affaissée, ridée, et ne contenait qu'environ la moitié de la coque d'un œuf de liqueur lymphatico-purulente, brune et fétide.

Vous savez qu'on pensait, il n'y a pas long-temps, que les affections du cervelet influent spécialement sur les fonctions des viscères pectoraux et abdominaux. Cette opinion semble confirmée par les vomissemens auxquels le malade était sujet depuis un an; mais, sans parler de l'observation précédente, nous verrons beaucoup d'affections du cervelet qui n'ont pas été accompagnées de vomissemens sympathiques, et, au contraire, nous verrons ce symptôme persister avec opiniâtreté dans quelques affections cérébrales; d'ailleurs on n'a pas examiné l'estomac.

Il est probable, quoiqu'on ne le dise pas, que cet abcès était enkysté, et qu'il s'est vidé en partie dans les manœuvres nécessaires pour extraire le cervelet de la cavité du crâne.

N°. 5.

Paralysie du côté *droit*, retour des mouvemens et de la sensibilité. Mort long-temps après dans un état comateux. — *Abcès enkysté dans l'hémisphère* gauche, *sérosité dans les ventricules*.

Dufour (Magdelaine), âgée de 45 ans, apportée à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Antoine, n°. 41, le 1er. août 1820, s'exprimait avec une très-grande difficulté, et ne remuait ses membres qu'avec une extrême lenteur. On ne put en tirer aucun renseignement sur sa maladie. Ceux qui l'avaient accompagnée dirent seulement qu'à la suite d'une apoplexie elle avait eu, pendant fort long-temps, le

côté *droit* paralysé. Pendant trois jours on se contenta de lui donner une infusion de mélisse, avec deux onces d'acétate d'ammoniaque. Le quatrième jour, coma profond, cessation de toutes les fonctions intellectuelles; pupille droite très-resserrée; pupille gauche très-dilatée; difficulté d'avaler; membres souples; point de contraction musculaire; pouls dur et lent; face colorée; aphonie. Pendant quatre jours, application de sangsues aux tempes et au cou; sinapismes aux pieds; boissons laxatives. A la suite de ce traitement, la malade se trouva mieux, parut entendre ce qu'on lui disait; les pupilles étaient également dilatées; elle remua un peu les membres, mais l'embarras de la parole persista: et deux jours après, elle retomba dans un coma plus profond. On appliqua plusieurs fois des sangsues, mais sans aucune amélioration: la malade mourut le 20 août.

Autop. cadav. Vaisseaux de la pie-mère très-injectés; arachnoïde sèche; substance cérébrale de consistance ordinaire; sérosité dans les ventricules. Au côté externe du ventricule gauche, au-dessous du centre ovale, on trouva, en coupant le cerveau, un kyste bien organisé du volume d'un œuf, que l'on put détacher tout entier sans le rompre. On l'ouvrit, et il en sortit un pus verdâtre d'une odeur extrêmement fétide. En examinant ce kyste, on reconnut qu'il était composé de trois membranes: une extérieure, à laquelle adhérait la

substance cérébrale, extrêmement fine, celluleuse, se détachait avec assez de facilité de la moyenne. Celle-ci était consistante et plus épaisse; l'interne avait un aspect velouté, semblable à celui des membranes muqueuses, et présentait à sa surface des villosités marquées.

Les intestins étaient rouges dans quelques points, et présentaient des traces d'inflammation, mais point d'ulcérations : rien de remarquable dans la poitrine.

Cette observation m'a été communiquée par M. Pariset, élève interne à l'Hôtel-Dieu de Paris (1).

§ I. Nous ne savons pas quels symptômes ont accompagné ou précédé cette hémiplégie, mais nous savons qu'on l'a attribuée à une hémorrhagie cérébrale, ce qui doit nous faire présumer qu'elle est survenue assez rapidement, que, par conséquent, l'inflammation a suivi une marche aiguë. Vous remarquerez que les membres paralysés ont repris peu à peu leurs fonctions, malgré l'existence d'un abcès assez considérable dans la substance cérébrale. Toutefois cette circonstance ne vous surprendra pas, si vous vous rappelez que presque tous les malades chez lesquels on a trouvé le pus réuni en foyer distinct avaient éprouvé une rémission remarquable de tous les symptômes, qu'on prit même, chez plu-

(1) Vous en trouverez une semblable, du docteur Bailly, dans la *Revue médicale*, juillet 1824, page 35.

sieurs d'entre eux, pour un commencement de convalescence. Vous avez vu (T. Ier., p. 464) que c'était à l'époque où le pus se rassemblait en foyer, que survenait cette espèce de détente, semblable à celle qu'on observe dans toutes les suppurations phlegmoneuses : ce qui m'a fait dire qu'il fallait bien distinguer, dans l'étude des affections cérébrales, les phénomènes produits par la congestion de ceux qui dépendent d'une altération du tissu du cerveau. (*Voy.* T. Ier.; p. 472.)

§ II. Ici, comme dans le cas précédent, il n'est pas question de ramollissement du cerveau autour du kyste; mais il existait un épanchement de sérosité dans les ventricules, et les symptômes observés depuis l'entrée de la malade à l'hôpital sont exactement semblables à ceux qu'Élisa Appleby a éprouvés dans la dernière période de sa maladie. Au reste, rien n'est plus commun que les affections chroniques de l'arachnoïde, et les épanchemens séreux dans les ventricules, à la suite des altérations anciennes du cerveau.

N°. 6.

Céphalalgie à *gauche*, accès convulsifs à *droite*, engourdissement, mouvemens involontaires; enfin paralysie du côté *droit*, coma. Mort sept mois après. — *Abcès enkysté occupant tout un hémisphère.* (Abercrombie. The Edinburgh med. and surg. Journ. July 1818. Obs. 16.)

Un homme, âgé de quarante ans, après avoir res-

senti pendant deux mois des douleurs et des battemens dans le côté *gauche* de la tête, est pris, le 14 mars 1824, de mouvemens convulsifs du bras et de la jambe du côté *droit*. Les accès, qui ne duraient qu'une minute, diminuèrent de fréquence, puis disparurent entièrement. Il survint des vertiges, du trouble dans ses idées et de l'engourdissement dans le côté *droit*, bientôt accompagné de mouvemens involontaires de la jambe et du bras, semblables à ceux de la chorée, puis suivis d'une paralysie complète des mêmes parties, d'embarras dans la parole, et enfin de mutisme complet. Vers le milieu de juin, émission involontaire de l'urine et des matières fécales, nul dérangement dans les facultés intellectuelles; jusqu'à la fin de juillet, point de changement, le malade pousse quelques cris et porte sa main au front; à cette époque, état comateux, mort (sept mois environ après l'apparition des premiers symptômes.)

Tout l'hémisphère *droit* n'offrait plus qu'un *sac* rempli de pus et d'une matière molle et pulpeuse. Le ventricule n'était séparé de cette masse que par la membrane qui le tapisse, et contenait un peu de sérosité. Dans la couche gauche des nerfs optiques, il y avait un caillot de sang de la grosseur d'une noix.

§ I. Après deux mois de céphalalgie, surviennent des symptômes spasmodiques intermittens, irréguliers, de longue durée, suivis d'une paralysie suc-

cessive des parties affectées de convulsions. En un mot, on observe, dans l'espace de sept mois, la même série de phénomènes qui, dans les inflammations aiguës, s'achève dans l'espace de douze ou quinze jours : ainsi cette observation tient aux inflammations aiguës par la nature des symptômes, et aux chroniques par la durée.

§ II. Il est question vers la fin de la maladie d'émission involontaire des urines, ce qui veut dire *émission des urines par regorgement.*

§ III. Peu de temps avant la mort, le malade avait encore conservé son intelligence malgré la destruction de tout un hémisphère du cerveau, parce que, s'étant opérée avec une extrême lenteur, elle n'a pas influé sur l'hémisphère sain.

L'état comateux a probablement été produit par l'épanchement sanguin survenu dans la couche des nerfs optiques de cet hémisphère.

§ IV. C'est dans le côté *droit* du corps que se sont montrés les symptômes d'inflammation du cerveau, et cependant c'est dans l'hémisphère *droit* qu'on dit avoir trouvé l'abcès; il est possible qu'en disséquant le cerveau on l'ait retourné, et qu'on ait pris un côté pour l'autre; rien n'est plus facile quand on n'y fait pas attention. Peut-être l'erreur s'est-elle glissée dans la rédaction ou dans l'impression du fait. Mais je suis convaincu que c'était l'hémisphère *gauche* qui était enflammé, d'autant plus que la douleur de tête était fixée du côté gauche.

Je sais bien qu'il existe des fibres de la partie supérieure du cerveau qui ne s'entrecroisent pas à l'origine de la moelle, mais ici la totalité de l'hémisphère était réduite en pus.

M. Broussais, dans la dernière édition de son Traité des Phlegmasies chroniques, a publié sur les affections cérébrales plusieurs faits importans; voici ceux qui ont rapport aux abcès enkystés.

N°. 7.

Violente impression, tristesse, stupeur, paralysie d'un côté de la face. Deux jours après, hémiplégie complète à *droite;* noix vomique nuisible deux fois. Au bout de trois mois, rechute. Mort trois jours après. — *Plusieurs foyers purulens dans l'hémisphère* gauche, *ramollissement de la substance cérébrale environnante.* (Ouv. cité, t. II. p. 411.)

« M. Thavernier, capitaine au . . . . . régiment, âgé de quarante-deux ans, cheveux très-blonds, teint coloré, peau blanche, médiocrement robuste, mais bien conformé, reçut au milieu du Palais-Royal, en mai 1815, quatre-vingt-dix jours avant sa mort, une lettre qui lui donnait de mauvaises nouvelles. Pendant la lecture de cette lettre, il resta immobile, comme stupide, et éprouva une paralysie du côté gauche de la face, marquée par une distorsion du côté droit. On le conduisit chez lui, où quelques soins lui furent donnés; il se remit; mais

deux jours après, il rechuta et fut conduit au Val-de-Grâce. Lorsque je l'observai, la distorsion n'était marquée que lorsqu'il faisait agir les muscles de la face. La physionomie était stupide; le malade gardait le silence. Lorsqu'on lui demandait avec énergie de montrer sa langue, il ouvrait la bouche; mais la langue ne sortait point. Il y avait paralysie complète du bras, de la cuisse et de la jambe du côté droit; pouls plein, large, dur, lent; chaleur de la peau peu augmentée, respiration un peu ralentie, saignée forte du bras, quarante sangsues sur les jugulaires; aucune amélioration. Les jours suivans, je lui administrai l'émétique et les cathartiques, qui produisirent des évacuations abondantes sans procurer aucun soulagement. On s'aperçut que la vessie était aussi paralysée, et il fallut y laisser une sonde à demeure.

» Après ces premiers moyens, j'eus recours aux stimulans, recommandés en pareil cas, dans l'espoir d'en obtenir l'effet révulsif. Ainsi, décoction de fleurs d'arnica avec l'acétate ammoniacal; frictions avec la teinture de cantharides sur les lombes; quatre à cinq gouttes de cette teinture dans une pinte de tisane émolliente. Il en résulte une irritation de l'urètre, du gland et du prépuce qui commençait à s'ulcérer; il fallut se réduire aux émolliens : on mit un vésicatoire à la nuque.

» Cependant à la suite de ce traitement, et sept à huit jours après l'arrivée du malade, on observa

une augmentation de l'attention, diminution de la stupidité, appétit beaucoup plus vif, pouls plus souple, mais la paralysie était la même. Ce fut alors que j'eus recours à la teinture de noix vomique, que l'on vantait à cette époque comme un excitant particulier du système nerveux rachidien. J'étais d'autant plus empressé d'en faire l'essai, qu'un excellent observateur, le docteur *Gérard-Girardot*, avait déclaré, dans sa thèse soutenue en 1812, que cette substance exerçait une action très-remarquable sur l'encéphale. Au bout de deux ou trois jours de l'emploi de ce moyen, le malade se met à balbutier, et paraît avoir des visions, des hallucinations; il s'emporte contre ceux qui le servent, vide son urinal dans son lit, s'agite péniblement, et fait du bruit pendant la nuit; du reste, aucune diminution dans la paralysie. Cette irritation étant donc jugée en pure perte, je supprime le médicament après une quinzaine de jours de son usage. Disparition du délire fantastique. J'essaie les purgatifs drastiques, ils produisent la diarrhée, et je m'aperçois que le malade a contracté une colite. Je renonce à ce nouveau moyen, et la diarrhée se calme. Le vin antiscorbutique et celui de kina ne produisent aucun effet sur l'hémiplégie.

» Après plus d'un mois d'interruption de l'usage de la noix vomique, j'y reviens, et j'ai encore l'occasion de constater son effet hallucinant, sans aucun avantage pour le mouvement musculaire; un mois

plus tard je m'avise d'administrer la liqueur de Van Swieten, qui m'avait réussi contre une paralysie universelle en Andalousie. Je la donne avec la même précaution que dans la syphilis. Dès ce moment, le malade se trouve mieux; il prononce certains mots, montre sa langue, et exécute quelques mouvemens de la jambe paralysée. Je persévère, et les progrès continuent avec lenteur. Il arrive au point de pouvoir s'asseoir seul sur son lit, et de se tenir debout en s'aidant du membre paralysé; il parle, quoiqu'avec difficulté, et répond sur un plus grand nombre de sujets qu'auparavant; il conserve cependant encore un peu d'idiotisme. Le pouls est très-calme, la respiration aussi libre qu'en santé, l'appétit excellent. Dans cet état, dont nous suivions les progrès avec un extrême plaisir, M. Thavernier reçoit une nouvelle lettre que l'on dit être de sa femme : il la lit, et à l'instant perte de la parole, immobilité générale, abolition de tous les sens, élévation et dureté du pouls, respiration stertoreuse, en un mot apoplexie complète. Emploi des saignées, des émétiques, des vésicatoires, etc. Tout est inutile, passage à l'état d'agonie, et mort le troisième jour de l'accident.

« *Autopsie. Tête.* Les sinus assez engorgés, un peu de sérosité trouble dans le ventricule latéral droit, rien dans le gauche, mais l'hémisphère de ce côté est ramolli et affaissé dans sa partie moyenne;

on l'ouvre, et l'on y découvre plusieurs foyers purulens communiquant entre eux dans la substance du lobe, sans s'ouvrir entre les circonvolutions. Ces foyers ont des parois grisâtres, inégales, enduites d'une bouillie purulente; mais ils sont plutôt affaissés que distendus, comme si le pus eût été en partie résorbé. Au total, l'hémisphère est considérablement diminué de volume; l'ouverture des autres cavités n'offrait rien de malade, si ce n'est une petite tache jaune ecchymosée vers le bas-fond de l'estomac. »

§ I. Vous avez déjà vu un grand nombre d'exemples de l'influence des affections tristes sur le développement des inflammations du cerveau (L. Ire., n°. 8; L. II, n°s. 9, 10, 17 et 19; *voy*. aussi page 225); mais aucun n'est aussi frappant que celui que vous venez de lire, tant l'effet a été, chaque fois, prompt et violent. Dans les cas analogues, lorsqu'on n'a pas constaté, par l'examen cadavérique, l'état du cerveau, on a regardé ces paralysies comme purement nerveuses, c'est-à-dire comme indépendantes de toute altération locale; car on n'a pas moins abusé des *affections nerveuses* que des *fièvres essentielles*, des *sympathies*, etc. Je ne vois cependant pas où est la difficulté de concevoir l'influence des impressions qu'on appelle morales sur le cerveau; elles ne sont autre chose que des perceptions cérébrales, elles agissent sur le cerveau comme les alimens sur l'estomac : leur action, moins violente que celle des

commotions physiques, n'est pas pour cela moins directe.

§ II. D'après les accidens éprouvés par M. Thavernier à la lecture de la première lettre, on doit croire qu'il s'opéra vers le cerveau une congestion cérébrale brusque, qui fut suivie, je ne dirai pas d'une hémorragie, puisqu'on ne trouva pas de caillot, mais d'un de ces ramollissemens avec infiltration sanguine, d'une de ces espèces d'ecchymoses dont vous avez vu de nombreux exemples dans la Lettre Ire. L'inflammation chronique qui a produit les abcès n'a, pour ainsi dire, été qu'une continuation de cette première impulsion. Cette opinion est aussi celle de M. Broussais ; je vous l'aurais rapportée textuellement si lui-même ne m'avait fait l'honneur de me citer d'une manière trop flatteuse.

§ III. Le malade eut une rechute qui amena la mort trois jours après, et la substance cérébrale qui environnait les abcès était ramollie.

A l'époque où cette rechute est arrivée, tout semblait présager une prochaine guérison, et les abcès étaient plutôt affaissés que distendus, *comme si le pus eût été en partie résorbé*. Si l'on ne peut tirer de conséquences rigoureuses de ce rapprochement, du moins il permet de concevoir la possibilité de l'absorption complète du pus, lors même qu'il est environné d'un kyste, et nous devons saisir avec avidité tout ce qui peut donner aux praticiens quelque lueur d'espérance dans le traitement d'une maladie

qu'ils n'ont que trop raison de regarder comme au-dessus des ressources de l'art et de la nature.

§ IV. Je vous ai déjà rapporté plusieurs exemples des fâcheux effets de la noix vomique dans le traitement des hémorragies et des inflammations cérébrales. M. Broussais a eu soin de faire remarquer que chez son malade elle a porté, *dans l'encéphale et dans les voies gastriques, une irritation dont les suites auraient été funestes si l'usage n'en avait été interrompu*. Il est probable que, malgré cette sage précaution, son action n'a pas peu contribué à la terminaison de cette inflammation par suppuration.

N°. 8.

Taciturnité, stupeur, insensibilité générale, symptômes de gastro-entérite. — *Abcès enkysté dans chaque hémisphère du cerveau, plusieurs collections de pus dans le foie, injection plus ou moins considérable de l'estomac et des intestins.* (Broussais Phlegmasies chron., T. II, p. 416.)

« Un militaire âgé de 24 ans, brun, charnu, robuste et sanguin, à son arrivée à l'hôpital de Pau, annonça quinze jours de maladie; mais on remarquait un embarras dans ses idées, qui ne permettait pas de s'en rapporter à sa déclaration, car il ne pouvait rendre un compte exact des phénomènes de l'invasion. Il avait été évacué d'hôpital en hôpital pendant plusieurs jours, depuis la ligne

militaire placée à la hauteur de Saint-Jean-Pied-de-Port jusqu'à Pau. On le voyait taciturne, répondant à peine, les yeux bien ouverts, mais avec un air stupide, et ne se plaignant presque de rien : il pouvait néanmoins se lever pour satisfaire ses besoins. La face était très-colorée, surtout aux pommettes ; la langue rouge, le ventre un peu douloureux à la pression ; la peau d'un coloris très-pur, mais d'une chaleur âcre au toucher ; le pouls un peu plus fréquent que dans l'état de santé. Il fut traité par les adoucissans, et l'on prescrivit une diète assez sévère.

« Après dix à douze jours de l'emploi de ces moyens, cet homme me parut entrer en convalescence ; on ne sentait plus ni chaleur ni fréquence, et il accusait de l'appétit ; mais la taciturnité et la stupidité continuaient. Il répondait rarement et d'une manière très-laconique ; mais souvent il s'asseyait dans son lit, et regardait d'un air stupide ce qui se passait autour de lui. Il ne parlait que pour demander à manger ou pour satisfaire à quelque autre besoin. On fut très-circonspect sur le régime, à cause d'une certaine rougeur persévérante de la langue. Le malade se procura des alimens.

« Cette amélioration ne dura guère que cinq à six jours ; bientôt on vit reparaître la chaleur âcre et la fréquence du pouls, ensuite la diarrhée se déclara, et la réaction fébrile tomba entièrement. La peau devint alors un peu obscure et comme terreuse ; la

stupeur fit des progrès ; les besoins ne furent plus sentis, et le malade expira sans avoir éprouvé de phénomènes convulsifs et sans agonie, le vingt-deuxième jour, à compter de son arrivée, trente-septième de l'invasion, selon la déclaration du malade.

« *Autopsie.* Les muscles étaient volumineux et d'une belle couleur. *Tête.* On y trouva deux vastes foyers remplis d'un pus verdâtre, gluant et inodore, occupant, chacun, le centre d'un hémisphère cérébral, ne communiquant point avec les ventricules latéraux, mais circonscrits par un kyste blanc, sorte de pus concret assez facile à déchirer ; du reste, une injection considérable de tout l'encéphale. *Poitrine.* Semi-hépatisation du lobe gauche, qui était partout fort engorgé de sang. *Abdomen.* Foie énorme, très-sanguin, occupant les deux hypocondres, adhérant avec la rate, de consistance très-forte, et contenant dans le centre de son grand lobe plusieurs collections d'un pus très-blanc, très-lié, et ayant la consistance du pus phlegmoneux ordinaire ; la membrane muqueuse de l'estomac, rouge à différens degrés ; celle de tous les intestins, et surtout du colon, rouge ou noire et très-épaissie. »

Il existait en même temps chez cet individu trois inflammations dont la moindre eût suffi pour causer la mort : c'est probablement cette coïncidence qui a entravé leur développement, car leur marche a été lente et leurs symptômes peu prononcés. Ceux

de la gastro-entérite ont été les moins équivoques ; elle paraît avoir été la plus intense, et, par cette raison, avoir en quelque sorte *obscurci* les deux autres, pour me servir des expressions d'Hippocrate. L'inflammation du cerveau s'est terminée par suppuration, sans produire de paralysie ni de convulsion, par la même raison que des abcès se sont formés dans le foie sans ictère, sans douleur à l'hypocondre droit, etc. Pourquoi le cerveau ne serait-il pas soumis aux mêmes lois que les autres organes ? Dans tous, n'a-t-on pas trouvé des traces d'inflammation chronique et même aiguë, dont rien n'avait fait supçonner l'existence pendant la vie, parce qu'elle avait coïncidé avec une autre plus intense ? L'absence de paralysie et de convulsion n'a donc rien ici qui doive vous étonner. Cependant les fonctions intellectuelles ont été altérées dès le début, parce que les deux hémisphères étaient affectés (1).

---

(1) M. Bouillaud, qui cite cette observation et ces réflexions, dans son Traité clinique et physiologique de l'Encéphalite, p. 128 et suiv., n'est pas content de cette explication, parce qu'*il faudrait admettre qu'un organe peut être détruit sans que ses fonctions le soient ;* comme si la sécrétion de la bile avait cessé chez notre malade, parce que plusieurs abcès s'étaient développés dans le foie. Partant de ce principe, que « le cerveau est un composé de parties qui remplissent un rôle différent, et que, par conséquent, les symptômes de ses maladies varient suivant qu'elles siégent sur telle ou telle de ces parties, » voici comment il raisonne : « Il n'y avait ni convulsions ni paralysie chez notre dernier malade : c'est que *la partie du cerveau qui est destinée à régir*

N°. 9.

Coup à la tête, dérangement dans les fonctions intellectuelles vingt mois après, hémicrânie à *gauche*, embarras de la parole, aphonie, hémiplégie à *droite*, amélioration, rechute. — *Abcès enkysté considérable à la partie postérieure de l'hémisphère* gauche, *ramollissement de la substance cérébrale environnante, sérosité dans les ventricules.*

Goutain (Gabriel), âgé de 39 ans, orfèvre, d'une forte constitution, d'un tempérament sanguin, était sujet, depuis sa plus tendre enfance, à des

---

les mouvemens musculaires était sans altération; mais il y avait lésion des fonctions intellectuelles et *la portion du cerveau nécessaire à l'exercice de ces fonctions était malade.* » En écrivant ces mots, M. Bouillaud a-t-il compté sur la paresse du lecteur? ou bien a-t-il oublié ses propres opinions? ou bien a-t-il si tôt perdu la mémoire du siége de l'altération dont il parle? C'est ce que je ne prétends pas décider. Mais ce qu'il y a de certain, c'est qu'il admet, avec MM. Foville et Pinel-Grandchamps, que la substance grise préside aux phénomènes intellectuels, et la substance blanche aux mouvemens (v. p. 92). Or, M. Broussais dit positivement que les abcès « occupaient chacun le *centre* d'un hémisphère cérébral; » c'est-à-dire justement le milieu de *la substance blanche*, *ou de la partie du cerveau destinée à régir les mouvemens musculaires*..... Si M. Bouillaud l'eût fait exprès pour arrêter l'attention sur un fait diamétralement opposé à ses opinions, il n'eût pu mieux choisir.

Au reste, je suis loin de prétendre qu'il faut renoncer à l'espoir de connaître les fonctions des diverses parties du cerveau, et l'on aurait tort de juger de l'ouvrage de M. Bouillaud par le passage que j'en ai extrait. Il contient, au contraire, beaucoup de faits importans, d'idées ingénieuses et de critiques exactes, dont j'espère profiter à mesure que l'occasion s'en présentera.

épistaxis fréquens et à un écoulement puriforme par les oreilles, supprimés depuis deux ans, à la suite d'un coup violent qu'il se donna à la tête. Depuis cette époque, il avait souvent des absences, et quelquefois devenait comme fou. Trois mois avant son entrée à l'hôpital, il éprouva du côté *gauche* de la tête une violente douleur qui ne l'a jamais quitté depuis. Deux mois après, la douleur augmenta encore, il éprouva de la difficulté à parler, et en conçut beaucoup de chagrin. Huit jours après, il commença à montrer du désordre dans ses idées. Cet état dura environ cinq jours; alors il perdit presque entièrement l'usage de la parole. On lui appliqua un large vésicatoire au dos. Enfin l'aphonie devint complète; et peu à peu il se manifesta une paralysie de tout le côté *droit* : il entra à l'Hôtel-Dieu, (salle Sainte-Madeleine, n°. 31), le 5 février, dans l'état suivant.

Paralysie complète du sentiment et du mouvement dans tout le côté *droit* du corps; perte de l'ouïe et de la parole; pouls très fréquent et très faible; langue blanche; respiration assez facile. (Sinapismes aux pieds, infusion d'arnica miellée.)

Le lendemain, peu de changement (arnica, café concentré, avec acét. d'ammon. ℥ j, et sirop de kk. ℥ ij; quatre sinap., deux aux mollets et deux aux cuisses, à trois heures d'intervalle). Le soir, le malade parle un peu. Du reste, mêmes symptômes.

Le 7, peu de changement (même prescription, moins les sinapismes).

Le 8, la parole est plus libre ; les mouvemens du bras sont en partie revenus ; le pouls est moins fréquent ; l'assoupissement a diminué ; cependant la figure conserve une empreinte d'étonnement et de stupeur ; le malade ne sort sa langue que difficilement, ne répond pas à la plupart des questions, et paraît indifférent à tout ce qui le concerne. On s'aperçoit, pour la première fois, qu'il exhale une odeur de souris assez prononcée. (Mêmes prescriptions ; de plus, un vésicatoire derrière l'oreille *gauche* où le malade a de la tendance à porter la main.)

Le 9, odeur de souris plus prononcée ; pouls moins fréquent et plus développé ; mouvement du bras et des doigts ; du reste, même état. (Même prescription, plus, un bain sulfureux.)

Le 10 et le 11, point de changement.

Le 12 et le 13, amélioration dans les mouvemens et le *facies*. (Squine miellée, moutarde pure, ℥ j, en deux fois.)

Les 14, 15 et 16, le malade retombe peu à peu dans le même état que le jour de son entrée, et de plus, urine dans son lit. (Bains sulfureux, arnica miellée, vin de kk. ℨ iv, jul. béch. avec l'huile animale de Dippel, gout. 8.)

Le 17, augmentation de la paralysie et des symptômes de compression ; perte totale de connaissance, et cependant la respiration est parfaitement libre ; la figure est à peine changée. (Sinap., vésic.) Mort dans la matinée.

Autopsie cadavérique. Le crâne et les membranes du cerveau étant enlevés, on remarqua que les circonvolutions étaient aplaties, les anfractuosités effacées comme dans les cas d'hydrocéphale. Les ventricules contenaient environ deux onces et demie de sérosité limpide. Il se fit une déchirure à la partie postérieure de l'hémisphère gauche, par laquelle sortit une grande quantité de pus; on fendit longitudinalement la substance cérébrale, et on tomba sur un foyer purulent extrêmement considérable, situé dans le lobe postérieur, assez près de la surface, contenant environ quatre onces d'un pus grisâtre, plus lié, plus filant que le pus ordinaire, se rapprochant du mucus nasal. Ce pus était renfermé dans un kyste fort épais, composé de deux membranes qu'on put isoler dans une grande étendue. L'interne était d'un blanc rougeâtre, offrait à l'intérieur l'aspect d'une membrane muqueuse légèrement enflammée; l'externe avait une apparence fibreuse assez prononcée. La substance cérébrale qui environnait le kyste était *très molle*, d'un *jaune verdâtre* dans quelques points; le côté droit du cerveau et le cervelet étaient sains. On ne trouva rien de remarquable dans les autres cavités splanchniques.

§ I. Au premier coup-d'œil, on pourrait croire que l'inflammation n'a commencé que trois mois avant l'entrée du malade à l'hôpital, puisque c'est seulement à dater de cette époque qu'il a ressenti

cette violente douleur dans le côté gauche de la tête, qui a été le premier phénomène capable de faire soupçonner une phlegmasie cérébrale. Cependant, si vous remarquez qu'à la suite d'un coup violent qu'il reçut à la tête, les épistaxis fréquens et l'écoulement purulent des oreilles, auxquels il était sujet, disparurent ; qu'il éprouva un dérangement notable dans son intelligence, enfin que les parois du kyste avaient une grande épaisseur, étaient composées de membranes distinctes et bien organisées, et si vous ajoutez que dans les affections chroniques en général, et dans celles du cerveau en particulier, rien n'est plus commun que de voir les altérations profondes exister pendant un temps fort long, sans que rien puisse en faire soupçonner l'existence, vous serez convaincu que l'inflammation qui a produit cet abcès a commencé à une époque peu éloignée du coup. Nous voilà donc arrivés aux inflammations tout à fait chroniques dès leur origine.

§ II. Le siége de la céphalalgie à *gauche* et de l'hémiplégie à *droite*, la lenteur extrême avec laquelle la paralysie se développa, avaient fait présumer qu'il existait une altération organique dans l'hémisphère *gauche* du cerveau (1).

---

(1) Mais si l'on eût voulu en préciser le siége d'après les idées récemment émises, il faut convenir qu'on se serait grandement trompé. Le malade ayant commencé par perdre la parole, on eût dû trouver l'abcès dans le lobe antérieur (Bouillaud); *tout* le côté droit ayant été *complétement* paralysé, l'altération

§ III. A la suite d'un traitement incendiaire, amélioration marquée; mais au bout de quelques jours, augmentation rapide des premiers symptômes, mort prompte. Autour du kyste, substance cérébrale *très-molle* et d'un *jaune verdâtre* dans quelques points. Que faut-il en conclure? Que le café, l'ammoniaque, le quinquina, la moutarde, etc., en excitant vivement le cerveau par leur influence directe sur cet organe, ou par leur action sur les conducteurs de la sensibilité, ont réveillé momentanément ses fonctions comme engourdies, mais que l'abcès enkysté étant, pour la substance cérébrale environnante, une cause prédisposante continuelle d'inflammation, cette excitation exagérée a facilement passé à l'état inflammatoire : de là la rechute et le *ramollissement verdâtre*.

Les circonvolutions cérébrales étaient plus aplaties que dans les observations précédentes, parce que la tumeur enkystée était plus considérable.

§ IV. Il est évident que l'odeur de souris était due à l'espèce de rétention d'urine dont j'ai parlé, T. Ier., p. 236, puisque le malade *urinait dans son lit*. Il paraît qu'on n'en a pas connu la véritable cause, car je ne me souviens pas qu'on ait fait usage de la sonde. On a sans doute regardé cet écoulement continuel et involontaire comme une incontinence d'urine, dépendant d'un relâchement du col de la

---

aurait dû s'étendre aussi au corps strié ou à ses dépendances. (Foville, Serres, etc.)

vessie. C'est une erreur sur laquelle je ne crains pas de revenir, parce qu'elle peut avoir des conséquences graves et qu'elle est très-commune.

§ V. Lieutaud rapporte une observation tout-à-fait analogue (liv. 3, obs. 115.)

Un homme âgé de 50 ans, sujet à des vertiges et à des pesanteurs de tête, avait perdu la mémoire : il éprouvait parfois des douleurs atroces et des absences d'esprit momentanées. Enfin, ses sens s'affaiblirent; il survint de la somnolence, et un accès d'épilepsie termina sa vie.

On trouva dans l'hémisphère droit un vaste abcès qui s'étendait jusqu'à la moelle allongée, et contenait une matière crue, ou, comme on dit, froide.

Il est aisé de voir qu'il s'agit ici d'un abcès enkysté, quoiqu'il ne soit pas question de kyste.

N°. 10.

Coup à la tête, six mois après, vertiges, douleur dans l'œil *droit*, paralysie du côté *droit*, accompagnée de mouvemens convulsifs. — *Abcès enkysté dans l'hémisphère* gauche *du cerveau.* (Scultet, Obs. de chirurgie, 19e.)

Un militaire, âgé de 27 ans, reçut un coup de sabre sur la partie postérieure de la tête, avec lésion de l'occipital. Cette maladie fut traitée dans le principe comme une plaie simple. Six mois après, il entra à l'hôpital. Le chirurgien introduisit un stylet mousse par la plaie, bouchée en partie par une excroissance charnue, et l'enfonça du tiers de sa longueur entre les membranes et *même dans la*

substance du cerveau, il en sortit ensuite beaucoup de pus. Le lendemain et le surlendemain, le malade se plaignit de pesanteur dans les yeux. Scultet, instruit de tout, et d'après l'inspection de la plaie, jugea qu'il y avait *un serpent caché sous l'herbe,* fit une incision au péricrâne, et découvrit une fente à l'os. Le sixième jour, vertiges, douleur de l'œil droit, même état jusqu'au quinzième jour. Les fongosités augmentent. Le dix-neuvième, issue d'une grande quantité de pus par la plaie. Le vingtième, le côté droit est *tout-à-fait paralysé,* le malade *perd la parole,* tombe dans un état carotique, a le bras *droit* agité de mouvemens convulsifs, meurt vingt-trois jours après son entrée à l'hôpital, sept mois après l'accident.

Le crâne était altéré, aminci, etc. On trouva un abcès dans le lobe *gauche* du cerveau, enveloppé d'une membrane propre fort épaisse, contenant une grande quantité de pus fétide. Le ventricule gauche était comprimé; le droit avait plus de capacité et était plein de sérosité.

§ I. Cette observation nous offre un nouvel exemple des désordres considérables que peut produire une inflammation chronique du cerveau, sans se manifester par aucun symptôme extérieur. Celle qui causa cet abcès enkysté a sans doute commencé à une époque peu éloignée du coup reçu à la tête, car on ne peut pas supposer qu'une membrane fort épaisse ait eu le temps de s'organiser autour du

pus, dans le peu de jours pendant lesquels le malade présenta des symptômes d'affection cérébrale.

Ces symptômes ont commencé à se manifester le lendemain de l'introduction d'un stylet jusque *dans la substance cérébrale*. Ils ont présenté tous les caractères des inflammations aiguës; la paralysie du côté *droit* a été précédée de pesanteur de tête, de douleur dans l'œil *droit*, et accompagnée de mouvemens convulsifs. On ne peut attribuer tous ces symptômes qu'à une inflammation récente, produite par des recherches imprudentes. Il est vrai qu'il n'est question ni de ramollissement, ni de suppuration de la substance cérébrale en contact avec le kyste, ou placée entre lui et la fistule. Cependant, « le quinzième jour, les *fongosités augmentent*, » c'est-à-dire que des portions de substance cérébrale, boursouflées par l'inflammation, ont été poussées hors de la cavité crânienne, à travers la fistule. « Le dix-neuvième jour, une grande quantité de pus sort par la plaie ; » ce pus ne pouvait venir de la cavité du kyste. Si l'on n'a pas tenu compte de l'altération des parties qui environnaient l'abcès, c'est qu'il suffisait pour expliquer la mort, et qu'à l'époque où l'observation a été recueillie on attachait peu d'intérêt à des désordres dont on ne connaissait pas la cause. Le malade a perdu la parole, et le pus venait de la partie postérieure de la cavité du crâne ; il sortait par une fistule qui résultait d'une perte de substance de l'occipital.

N°. II.

Hémicrânie, contusion à la tête, retour de l'hémicrânie par accès de plus en plus intenses et rapprochés, mouvemens convulsifs des yeux et de la jambe *droite*. Mort subite dans un état apoplectique. — *Foyer purulent considérable dans l'hémisphère* gauche, *ramollissement de la substance cérébrale environnante, tubercules granuleux.*

M. D., d'un tempérament lymphatico-nerveux, né d'une mère morte hémiplégique, et d'un père souvent affecté de vives céphalalgies, et mort avant 50 ans, avec des symptômes d'affection cérébrale, éprouva, dès l'âge de 10 ans, les premières atteintes d'une hémicrânie dont les retours, plus ou moins fréquens, eurent lieu jusqu'en 1816. En 1808, âgé de 37 ans, il reçut une forte contusion à la tête, dont il s'inquiéta fort peu. Quelque temps après, il eut, pour la seconde fois, une affection vénérienne qui guérit par le sublimé, et, en 1814, un catarrhe pulmonaire très-intense. Jusqu'en septembre 1816, santé satisfaisante ; alors douleurs de tête plus fréquentes, revenant toutes les nuits et augmentant de jour en jour. On administra contre ces accès périodiques le quinquina, mais sans succès. L'emploi des pédiluves, des sangsues à l'anus et des boissons délayantes produisit une guérison apparente.

En janvier 1817, augmentation de la fréquence

et de l'intensité des accès de céphalalgie. Ils commençaient vers une heure après minuit, réveillaient brusquement le malade, et revenaient d'heure en heure jusqu'à l'aube du jour; il jouissait alors d'une heure de sommeil tranquille. Vers sept heures et demie, il se levait comme s'il n'eût pas souffert, et prenait une soupe. Une demi-heure après, les accès revenaient et se prolongeaient jusque vers onze heures du matin en s'affaiblissant. Chaque accès durait de dix à vingt-cinq minutes. Le malade, forcé de pencher la tête en avant, tombait dans un demi-assoupissement, sans perte de connaissance, ne pouvait parler, mais exprimait ses désirs par des gestes de la main *droite*. Les douleurs avaient leur siége profondément sous l'arcade surcilière du côté *droit*, et quelquefois dans toute cette moitié de la tête. Il y avait des mouvemens convulsifs dans les yeux, ainsi qu'un mouvement involontaire de la cuisse et de la jambe *droite*, qui continuaient même après la crise. Quand les douleurs étaient violentes, les mêmes mouvemens avaient lieu dans le membre supérieur; la face était assez colorée.... Pendant le sommeil, il y avait émission involontaire de l'urine; la vue, l'odorat et le goût n'avaient rien perdu de leur intégrité, l'ouïe était même moins dure qu'avant la maladie. Dans l'intervalle des accès, le malade reprenait sa gaîté habituelle; mais quand il voulait marcher, ses pas étaient mal assurés. Le traitement qui fut adopté à la suite d'une consul-

tation consista en dérivatifs internes et externes, et en sangsues à l'anus. Ces moyens semblaient avoir produit une amélioration marquée, lorsque tout-à-coup le malade mourut dans un état apoplectique.

A l'ouverture du corps, on trouva un foyer purulent considérable dans le lobe antérieur de l'hémisphère *gauche* du cerveau, à la partie qui correspond à la voûte orbitaire et à la faux. Les parties environnantes étaient réduites en une matière *putrilagineuse*, au milieu de laquelle on reconnaissait des granulations tuberculeuses de la grosseur d'un grain d'orge. La portion de faux, en contact avec ce foyer purulent, était elle-même altérée. Les vaisseaux artériels et veineux étaient un peu gorgés de sang; le reste du cerveau était sain et d'une consistance plus grande qu'à l'ordinaire.

§ I. L'auteur de cette observation (le docteur Desgaultières) attribue cette affection cérébrale à une disposition héréditaire. Le docteur Polinières, dans un rapport fait à l'Athénée de médecine, le 9 août 1817, pense qu'elle a été produite par la contusion violente que le malade reçut en 1808. Sans entrer dans les détails d'une question plus délicate qu'importante, je vous ferai seulement remarquer que la maladie a duré neuf ans au moins avant de causer la mort, et que les symptômes n'ont plus présenté la moindre ressemblance avec ceux des inflammations aiguës; toute leur histoire se réduit à l'hémicrânie, à quelques symptômes

spasmodiques, et offre ce caractère remarquable d'intermittence et de périodicité, qui distingue les affections chroniques en général, et surtout celles du système nerveux. Les douleurs ont présenté cette circonstance singulière, qu'elles se faisaient sentir profondément sous l'arcade surcilière du côté *droit*, et que cependant l'abcès existait dans la partie antérieure de l'hémisphère gauche sur la voûte orbitaire.

§ II. Malgré le volume de l'abcès, il n'y a pas eu de paralysie, le malade a conservé jusqu'à la fin l'usage de ses sens, toute son intelligence et même sa gaîté; mais la désorganisation s'est opérée avec une excessive lenteur, et n'occupait pas, comme dans l'observation n°. 8, les deux hémisphères.

§ III. Les symptômes spasmodiques se sont toujours manifestés en même temps que les accès d'hémicrânie, c'est-à-dire pendant la congestion cérébrale, comme vous avez pu le remarquer dans tous les cas analogues.

§ IV. Le malade est mort tout-à-coup dans un état apoplectique, et l'on a trouvé la substance cérébrale qui environnait le foyer purulent réduite en une matière putrilagineuse, résultat évident d'une inflammation récente et aiguë. C'est à elle seule qu'il faut attribuer l'espèce d'apoplexie qui a terminé la vie.

Il n'est pas dit que cet abcès fût enkysté, mais tout porte à croire que c'est par omission.

Vous trouverez dans la Collection académique, t. 7, p. 367, une observation d'Olaüs Borrichius extraite des Actes de Copenhague, qui a beaucoup d'analogie avec celle-ci.

N°. 12.

Odontalgie opiniâtre, syncopes, convulsions par excès. — *Abcès dans l'hémisphère* droit, *épanchement de sérosité.*

« Un jeune gentilhomme, qui était venu faire son académie à Copenhague, se plaignait fort souvent d'un grand mal aux dents, accompagné d'une petite toux sèche : on regarda cela comme une fluxion, d'autant plus que le jeune homme avait les yeux un peu rouges et gonflés, et qu'il avait naturellement le cou petit. Mais, comme la douleur revenait plus souvent, et était de plus en plus violente, il prit le parti de se faire arracher la dent qui lui faisait le plus de mal : il ne s'en trouva pas plus soulagé, au contraire la douleur s'étendit aux parties voisines, et pénétra dans la mâchoire même. Un jour que ses camarades lui reprochaient sa délicatesse pour un petit mal de dents, il tomba à la renverse sans connaissance : on le jeta sur un lit, et à force d'eaux de senteur spiritueuses, on le fit revenir à lui au bout d'une demi-heure, et on le reporta chez lui. Il voulut se lever le lendemain ; mais il se sentit faible, abattu, la tête pesante avec un as-

soupissement insurmontable. Les médecins lui donnèrent pendant long-temps les antispasmodiques et les céphaliques; mais nonobstant l'usage de ces remèdes, il eut, à diverses reprises, tantôt des syncopes, tantôt des convulsions épileptiques, et il mourut à la fin épuisé de langueur, ayant conservé toute sa raison jusqu'au dernier moment. On fit l'ouverture de son cadavre; on ne trouva rien de particulier dans la poitrine ni dans l'abdomen, si ce n'est que la surface de la partie supérieure du poumon droit était d'une couleur plus noire que dans l'état naturel, et que le testicule droit était encore caché dans le ventre, mais petit et flétri contre l'ordinaire. Lorsqu'on vint à examiner le cerveau, on trouva dans la partie droite supérieure, près du centre, un abcès de la grosseur d'un œuf de poule, rempli d'un pus blanc très fétide; il y avait aussi un épanchement de sérosité, mais en moindre quantité, qui semblait avoir pénétré jusqu'à la moelle épinière et avoir donné lieu aux fréquentes convulsions du malade.

» Ce qu'il y a de singulier, c'est que ce jeune homme, qui s'était plaint souvent d'une douleur au front et quelquefois à l'occiput, n'avait jamais paru sentir de mal à l'endroit où était formé l'abcès, ce qui prouve que le cerveau est insensible par lui-même, et qu'il n'y a que les membranes qui soient susceptibles de douleur. »

§ I. Il paraît que l'odontalgie tenait à l'affection

cérébrale, puisque les douleurs, au lieu d'être diminuées par l'extraction de la dent qu'on croyait cariée, augmentèrent. Ainsi, par la durée non moins que par la nature et la marche des symptômes, la maladie présente tous les caractères des encéphalites chroniques, et c'est bien à tort qu'on a si souvent cité cette observation pour donner une idée des symptômes d'inflammation aiguë du cerveau. Comme dans le cas précédent, la céphalalgie n'a jamais été rapportée vers le siége du mal, elle revenait par accès; le malade a éprouvé des convulsions épileptiques, mais point de paralysie, il a conservé sa raison, etc. Mais au lieu de mourir subitement, comme frappé d'apoplexie, il a succombé *à la fin épuisé de langueur*: aussi, au lieu d'une altération putrilagineuse de la substance cérébrale qui environnait l'abcès, il n'est question que d'un épanchement de sérosité, qui, malgré l'obscurité du reste de la description, semble attester une inflammation chronique de l'arachnoïde, complication très-commune dans tous les cas analogues. Ainsi les différences que présentent ces deux maladies dans leur terminaison s'expliquent par la différence des complications qui ont succédé à l'affection principale.

Baader rapporte une observation analogue. (Observationes medicæ, incisionibus cadaverum inservientes. Fribourg, 1762.)

N°. 13.

Mélancolie, accès d'épilepsie, hémicrânie à *droite*, coma. — *Abcès enkysté* à droite.

Un homme, âgé de 40 ans, mélancolique, tourmenté par des chagrins cuisans, fut pris d'épilepsie, dont les accès se reproduisirent très souvent pendant quatre ans. Il se plaignait d'une douleur obtuse avec sentiment de pression dans le côté *droit* de la tête; la surface du bras et de la main *gauche* jouissait d'une sensibilité si exaltée, que le plus léger courant d'air froid sur cette partie produisait des tiraillemens convulsifs; enfin il tomba dans un état soporeux mortel.

La substance cérébrale de l'hémisphère *droit* du cerveau était dure, comme squirrheuse, et renfermait un abcès de la capacité d'un œuf de poule.

§ I. Comme dans les observations précédentes, marche chronique de la maladie, durée très longue, hémicrânie, symptômes spasmodiques revenant par accès, point de paralysie, conservation de l'intelligence malgré l'étendue des altérations pathologiques.

Je reviendrai plus tard sur l'endurcissement du cerveau qui environnait l'abcès; pour le moment, je me contenterai de vous faire remarquer que la terminaison de cette maladie n'a présenté aucun des symptômes d'inflammation aiguë que je vous ai signalés dans tous les cas où la substance cérébrale qui environnait l'abcès était *ramollie*.

Baader semble attribuer l'affection cérébrale aux chagrins du malade, à sa disposition mélancolique; mais il est plus naturel de penser que cet état moral était déjà un effet de la maladie. Quelquefois même les inflammations cérébrales chroniques marchent d'une manière tellement latente qu'elles ont produit de la suppuration, qu'un kyste s'est organisé autour du pus sans que le malade se soit plaint de rien; et quand il s'y joint une inflammation aiguë, on la regarde comme la cause des altérations produites par l'inflammation chronique. On ne se trompe pas moins quand on attribue à l'abcès enkysté les symptômes observés pendant la vie. C'est probablement ce qui est arrivé dans le cas suivant communiqué à Bonet par Bailly, chirurgien distingué de Genève. (Voyez Sepulcretum, l. 1, sect. Ire., Obs. LIV.)

N°. 14.

Insolation, symptômes d'inflammation aiguë du cerveau et de l'arachnoïde. Mort le neuvième jour. — *Abcès enkysté, désorganisation de la dure-mère, de l'arachnoïde et du cerveau sous-jacent.*

« A cette époque (octobre 1663), j'eus occasion de voir un riche cultivateur de cette ville (Toulouse), nommé Claude Bertrand, âgé de 42 ans, qui se plaignait d'une violente douleur de tête fixée au côté droit de la suture sagittale; il l'attribuait à

l'insolation, parce qu'étant resté long-temps exposé aux rayons du soleil, la tête couverte d'un simple bonnet, et ayant passé la nuit suivante en plein air, il était tombé malade le lendemain. A la céphalalgie gravative se joignirent bientôt une fièvre ardente, des frissons, des nausées, une grande anxiété et de l'insomnie; les yeux étaient brillans et injectés. Le cinquième jour, survint la frénésie, et malgré tous les remèdes qu'on put employer, le malade mourut le neuvième.

» Comme, peu de temps avant la mort, il était sorti par la bouche, par la narine et par l'oreille droite un pus excessivement fétide, je demandai à faire l'ouverture de la tête, ce qui me fut accordé. Ayant enlevé le crâne, je trouvai une tumeur du volume d'une aveline qui, incisée, laissa écouler un pus excessivement *fétide* et *verdâtre* : la dure-mère et l'arachnoïde étaient en putréfaction. La substance cérébrale sous-jacente était elle-même altérée et très-fétide. Cette dernière altération excédait à peine l'épaisseur d'un sou de France, et répondait au siége de la douleur. »

§ I. Cet abcès enkysté ne s'est certainement pas formé dans l'espace de neuf jours, par conséquent il existait avant l'insolation et les symptômes qui se sont manifestés ensuite; il s'est donc développé sans donner lieu à aucune incommodité grave. Il a pu contribuer autant que l'insolation à faire naître l'inflammation des méninges et de la substance céré-

brale sous-jacente ; mais il n'est pour rien dans la production des symptômes de la maladie à laquelle ce cultivateur a succombé. Ils ont tous les caractères des inflammations aiguës de l'arachnoïde, et les deux méninges étaient en *putréfaction*. Quant à l'affection du cerveau sous-jacent, elle paraît avoir été consécutive, puisque l'altération excédait à peine l'épaisseur d'un sou de France.

N°. 15.

Délire, agitation, insomnie, céphalalgie violente et continue. Mort subite au bout de dix mois. — *Abcès dans le lobe moyen droit, communiquant avec le ventricule, méningite chronique.* (Bleynie, Dissert. sur l'infl. du cerveau, etc., 1809.)

Monin, âgée de 55 ans, d'un tempérament bilieux, livrée aux travaux pénibles de la campagne, éprouva sans cause connue, au commencement de janvier 1808, un délire bruyant. Le 25, à son entrée à l'hospice (de Charenton), même délire, grande agitation, loquacité, vociférations par intervalles, surtout pendant la nuit, insomnie, appétit dévorant, pouls serré, concentré, céphalalgie peu violente, mais continue (antispasmodiques, bains et douches); persistance des mêmes symptômes jusqu'au commencement d'août. A cette époque, fièvre tierce qui dure environ quinze jours, paraît diminuer la *manie*, et se dissipe spontanément; peu après,

retour des premiers accidens. Le 17 octobre, après avoir mangé, mort inopinée sans aucun symptôme précurseur (dix mois après l'apparition des premiers symptômes).

A l'ouverture du cadavre, on trouva « une augmentation de densité de l'arachnoïde qui répond à la cavité moyenne de la base du crâne. Des deux ventricules latéraux, le droit contenait seul environ une once d'eau blanchâtre qui communiquait en dehors à un foyer de suppuration, qui avait détruit une grande partie du lobe moyen du cerveau de ce même côté. Le reste de la substance de cet organe était compacte et très-coloré. »

§ I. Si vous comparez cette observation avec celle de Morgagni, ou plutôt de Valsalva, que je vous ai rapportée dans la dernière Lettre, n°. 19, vous verrez qu'un abcès, formé dans l'épaisseur du cerveau, s'est également ouvert dans le ventricule latéral correspondant; que l'arachnoïde des ventricules et de la base du crâne offrait aussi des traces d'inflammation; mais la mort est survenue le quatorzième jour, aussi a-t-elle été précédée d'aphonie, de paralysie et d'autres symptômes d'encéphalite aiguë, au lieu que, dans le cas rapporté par le docteur Bleynie, la maladie a duré dix mois, et n'a présenté aucun de ces phénomènes. Le rapprochement de ces deux faits, dans lesquels les altérations pathologiques ont eu entre elles autant de ressemblance qu'on peut espérer d'en rencontrer dans la pratique,

vous donnera une idée de la différence que la marche aiguë ou chronique de l'inflammation peut apporter dans le développement des symptômes.

N°. 16.

Manie promptement guérie. Trois mois après, agitation, coma vigil, céphalalgie, symptômes de gastro-entérite augmentés par un traitement incendiaire. — *Espèce de foyer purulent entouré de duretés, inflammation du reste du cerveau.* (Bleynie, ouv. cité.)

Une fille âgée de 26 ans, traitée et promptement guérie à l'hospice de Charenton d'une *manie ou de délire hystérique,* éprouva trois mois après, à la suite de violens chagrins, des maux de tête, et entra de nouveau, dans la même maison, le 4 janvier 1807. *Tantôt agitation ou coma vigil, état hystérique, air hébété,* langue rougeâtre, pouls vif et concentré, grande soif, *insomnie, douleur de tête.* (Lav. d'assa-fœtida, tisane et potion antispas., sirop diacode.) Jusqu'au 9, même état, même traitement.

Le 10, ipécacuanha le matin; opium le soir. Le 13, augmentation peu sensible des symptômes. (Pilules d'assa-fœtida.) Ventre tendu, sensible au toucher, langue saburrale.

Le 17, langue brunâtre; haleine fétide, peau sèche, aride. (Vés. à la nuque, antispasmodiques.)

Le 18, ventre douloureux. (Lavement camphré.)

Le 20, difficulté de parler, perte de l'ouïe, mais point de la vue, quoique la pupille soit dilatée.

Le 21, toujours embarras vers la tête, constipation opiniâtre. (Lav. purgatif, frictions le long de la colonne vertébrale avec linim. vol. camphré.)

Le 24, vomissement chaque fois qu'elle boit.

Le 26, aphonie complète, diminution des forces. (Pot. cordiale, ext. de kina.) Déjections involontaires extrêmement fétides.

Le 1er. février, yeux légèrement injectés par intervalles, agitation de *quelque membre*. (Vés. volans, lin. camphré); pouls insensible, carphologie; mort le 8 (un mois passé après son entrée, quatre mois après l'attaque de manie...)

Autopsie. Légère dépression à la partie postérieure du lobe droit. «Une incision pratiquée d'avant en arrière, dans la direction du centre ovale de Vieussens, fit apercevoir un foyer de suppuration, rempli d'une matière blanchâtre, et dont la capacité aurait renfermé un gros œuf de pigeon; en pressant autour de ce foyer, on y sentait des *duretés*; la partie antérieure de ce même lobe, ainsi que le gauche, offraient aussi des traces d'*inflammation*. Viscères thoraciques et *abdominaux* parfaitement sains.»

§ I. On ne peut attribuer qu'à l'inflammation du cerveau les symptômes observés dans la maladie à laquelle cette jeune fille a succombé. Ceux qu'elle éprouvait la première fois qu'elle est entrée à Cha-

renton paraissent avoir été semblables, à en juger par les expressions de *manie hystérique* et d'*état hystérique*, employées par M. Bleynie. Il est donc probable que la première affection était de même nature que la dernière, c'est-à-dire une inflammation cérébrale. C'est elle sans doute qui a donné lieu à la formation du petit foyer purulent et au développement des duretés qui l'environnaient, et puisque « la partie antérieure de ce lobe, ainsi que le gauche, offraient aussi des traces d'inflammation, » il est clair que c'est à cette inflammation récente, entée sur la première, qu'il faut attribuer la rechute et la mort.

§ II. Il est une complication à laquelle on ne paraît pas même avoir songé. Elle a été produite par le traitement. Il est curieux d'en suivre les effets jour par jour.

Le 10, on donne un *émétique* et de l'*opium*; les symptômes cérébraux augmentent. Le 13, pilules d'assa-fœtida, *ventre tendu, sensible au toucher*, c'est-à-dire gastrite commençante. On continue; *langue brunâtre, peau sèche et aride, haleine fétide*. Le 17, on donne des antispasmodiques, c'est-à-dire des stimulans diffusibles. Le 18, *ventre douloureux*. On ajoute à tous ces moyens des lavemens camphrés, qui sont suivis d'une *constipation opiniâtre*. (Entérite commençante.) Pour combattre ce symptôme, on ne voit rien de mieux que des lavemens purgatifs. La malade *vomit* tout ce qu'elle

prend, et rend *involontairement* des selles *extrêmement fétides*. (Gastro-entérite complète.) Enfin les forces diminuant, on combat l'*adynamie* par des potions *cordiales* et l'*extrait de quinquina* : alors le pouls devient *insensible*, et la malade ne tarde pas à succomber.

Ainsi chaque symptôme que le traitement faisait naître a été combattu comme un être nouveau, et l'ouverture du cadavre n'a pas même ouvert les yeux prévenus du praticien, puisqu'on prétend que les viscères abdominaux étaient parfaitement sains. Vous savez qu'on n'examinait alors l'estomac et les intestins qu'à l'extérieur.

Abcès enkystés. — Suite d'affection de l'oreille.

§ I. Je vous ai dit que les inflammations chroniques du cerveau étaient souvent produites par une carie des os du crâne. Celle du temporal est la plus commune, la plus constante dans sa marche et dans ses effets, celle qui donne lieu aux accidens les plus graves. On n'a pas encore étudié d'une manière convenable les maladies de l'oreille dans leurs rapports avec les affections cérébrales. Morgagni et M. Itard sont les seuls, à ma connaissance, qui s'en soient occupés avec quelques détails, et tous deux ont admis sur plusieurs points des opi-

nions qui me paraissent peu fondées : ce sujet est donc presque encore neuf. Son importance demande cependant qu'il soit approfondi. Je me propose de vous montrer les liaisons qui existent entre les deux maladies, de vous en faire parcourir toutes les nuances depuis les degrés les plus simples jusqu'aux désorganisations les plus étendues et les plus compliquées. Pour cela, il faudra que je vous rapporte quelques exemples d'otite aiguë accompagnée d'inflammation récente du cerveau. A la rigueur, ces observations auraient dû trouver leur place dans l'une des Lettres précédentes; mais je n'ai pas voulu, quelque répugnance que j'éprouve à revenir sur mes pas, les séparer de leurs analogues. D'ailleurs, pour éviter les répétitions, je n'arrêterai spécialement votre attention que sur la liaison des maladies de l'oreille avec celles du cerveau.

§ III. Vous trouverez dans les recueils d'observations et les journaux de médecine des exemples d'otites aiguës ou chroniques qui se sont terminées promptement par la mort, après avoir offert des symptômes d'affection cérébrale. A l'ouverture du crâne, on a quelquefois trouvé la cavité du tympan pleine de pus, le rocher carié, la dure-mère enflammée, épaissie, injectée, ramollie, détachée de la surface de l'os, etc., et l'on n'a observé dans le cerveau aucune altération capable de rendre compte des symptômes cérébraux. Il est possible qu'on

n'ait pas attaché assez d'importance à des changemens de couleur et de densité, qui, aujourd'hui, auraient un peu plus fixé l'attention des observateurs; mais, en supposant qu'il n'ait existé dans le cerveau aucune altération appréciable, je n'en serais pas moins convaincu, d'après les observations que vous allez lire, que cet organe a participé à l'inflammation de la dure-mère, et qu'elle a été trop promptement suivie de la mort, pour avoir pu laisser des traces de son existence.

Vous trouverez dans le Journal de médecine de Corvisart, etc., an 1810, T. XIX, un exemple de cette nature rapporté par le docteur Lévêque-Lasource, et un autre dans l'ouvrage d'Abercrombie, Obs. 17. Mais je passe aux cas où l'on a trouvé la substance cérébrale altérée.

N°. 17.

Suppuration par l'oreille *droite*, céphalalgie violente, fièvre ardente, simulant une double tierce. Au quatrième accès, convulsions, paralysie du côté *gauche*. Mort dans l'accès suivant. *Inflammation considérable et ramollissement du cerveau correspondant au rocher, méningite.* (Coindet, Mémoire sur l'hydrencéphale, p. 97.)

« Un fils unique, âgé de 17 ans, à la suite d'une suppuration purulente de l'oreille *droite*, prit de violens maux de tête, une fièvre ardente, un transport au cerveau, des redoublemens de fièvre, qui simulèrent une double tierce, à la surprise aussi

grande que pénible de son médecin. Il survint, dans le courant du quatrième accès, des symptômes hydrencéphaliques, tels que des attaques de convulsions, de la lenteur dans le pouls, une paralysie dans le côté *gauche*, la dilatation des pupilles, un profond coma ; il mourut comme apoplectique dans le courant de l'accès suivant.

» A l'ouverture, on trouva une inflammation considérable et un *ramollissement* de la partie du cerveau qui répond au rocher, et elle avait pénétré jusque dans les ventricules qui contenaient un épanchement de sérosité. »

§ I. Les symptômes d'affection cérébrale ne se manifestèrent qu'à la suite d'un écoulement purulent par l'oreille droite, c'était la portion du cerveau qui correspondait au rocher que l'inflammation avait désorganisée ; il est donc très probable que l'inflammation de l'oreille, par son voisinage, avait déterminé celle du cerveau. Il est fâcheux qu'on n'ait pas fait mention de l'état des os, mais il paraît que la maladie n'avait pas encore étendu ses ravages jusqu'à la dure-mère ; si cette membrane eût été altérée, on en aurait sans doute parlé. Ainsi la maladie de l'oreille et celle du cerveau étaient encore peu avancées. Je n'ai pas besoin de vous faire remarquer que l'altération du cerveau est en rapport avec la durée de la maladie ; le malade est mort au cinquième accès : aussi n'existait-il qu'un *ramollissement*, très étendu, à la vérité, mais

point de suppuration. La marche de la maladie a été très-aiguë; aussi les symptômes ont-ils représenté très exactement, à l'extérieur, l'état des organes affectés. Ainsi le malade a éprouvé des symptômes *d'hydrencéphale, des attaques de convulsions,* etc...., et les ventricules contenaient un épanchement de sérosité. A ces convulsions a succédé une paralysie du côté *gauche* du corps, et le côté *droit* du cerveau était enflammé. Je dis le côté *droit,* quoique M. Coindet ne s'explique pas à cet égard; mais c'était l'oreille *droite* qui suppurait, et la portion susjacente du cerveau qui était ramollie.

§ II. La maladie a marché par accès qu'on a pris pour ceux d'une fièvre double tierce; vous n'en serez pas surpris si vous vous rappelez les nombreux exemples analogues que je vous ai rapportés, et dans lesquels il existait aussi une inflammation simultanée de l'arachnoïde et du cerveau.

N°. 18.

Écoulement purulent par les oreilles, abcès communiquant avec les cellules mastoïdiennes du côte *gauche*, etc. — *Abcès considérable dans l'hémisphère* droit *du cerveau, avec ramollissement et épanchement de sang, sérosité sanguinolente dans les ventricules.* (Abercombie, the Edinburg. med. and surg. Journal, july. 1818. Obs. 8.)

C., âgé de 18 ans, sujet depuis plusieurs années à un écoulement d'oreilles, accompagné de surdité, eut, en 1810, derrière l'oreille *gauche*, un abcès

froid par lequel on pouvait faire passer une sonde jusque dans les cellules mastoïdiennes ; cet abcès se ferma au bout d'un an, laissant une cicatrice profonde. Depuis cette époque, C. éprouva des douleurs de tête qui augmentèrent en 1813 ; le 14 mai, elles s'aggravèrent encore : vomissemens fréquens, oppression ; somnolence ; pouls, soixante pulsations (saignées générales et locales, purgatifs, vésicatoires et mercuriaux) ; le 15 et le 16, cessation des vomissemens et du mal de tête, augmentation de l'oppression ; bientôt stupeur légère, loquacité sans trouble dans les idées, pouls très-variable d'un instant à l'autre ; mort presque subite. Il n'y eut ni paralysie ni convulsions.

L'hémisphère *droit* était converti, dans la moitié de son épaisseur, en un pus fétide tout-à-fait fluide au centre et pulpeux à la circonférence. Au milieu de cette masse se trouvaient quelques caillots de sang, et tous les ventricules contenaient une grande quantité de sérosité sanguinolente.

§ I. On a encore omis dans cette observation de faire mention de l'état des cavités tympaniques ; mais il est probable que si le désordre s'était étendu jusqu'à l'intérieur du crâne, on en aurait parlé. Au reste, c'est derrière l'oreille gauche que s'est manifesté l'abcès résultant de la carie de l'apophyse mastoïde, et c'est dans l'hémisphère droit du cerveau qu'existait l'abcès. Cette circonstance est importante à noter, parce que les douleurs de tête s'étant

manifestées en même temps que la fistule établie derrière l'oreille s'est fermée, on aurait pu croire qu'elles étaient dues à la suppression de cet écoulement. Mais puisque les symptômes cérébraux ont commencé en même temps que la fistule se cicatrisait, et qu'il ne pouvait exister aucune communication entre elle et l'abcès du cerveau, il est évident que c'est l'inflammation cérébrale qui a fait tarir la suppuration de l'oreille, de la même manière qu'une pleurésie, une pneumonie, etc., produisent le desséchement d'un ulcère, d'un vésicatoire ou d'un cautère.

Vous voyez encore, par cette observation, que les maladies de l'oreille disposent à celles du cerveau, non-seulement en se propageant à l'os, à la dure-mère et à l'arachnoïde, mais encore en entretenant près de la cavité du crâne une congestion habituelle.

Il est probable que l'abcès trouvé dans l'hémisphère droit a été produit par l'inflammation ancienne qui a causé la disparition de la fistule et les symptômes observés depuis, et que le ramollissement de la substance cérébrale environnante a été le résultat d'une inflammation aiguë toute récente, à laquelle il faut attribuer la mort presque subite du malade. Le sang épanché au milieu de cette altération, et la sérosité sanguinolente trouvée dans les ventricules, y ont sans doute contribué pour beaucoup. La réunion de ces altérations vous montre

l'affinité qui existe entre les fluxions qui produisent l'inflammation, et celles qui se terminent par hémorrhagie.

Le malade n'a éprouvé ni paralysie ni convulsions; mais la marche de la première inflammation a été essentiellement chronique.

N°. 19.

Douleurs périodiques à la tête et dans l'oreille *droite*, rixe suivie de symptômes de fièvre ataxique. Mort le vingtième jour. — *Suppuration dans l'oreille* droite, *abcès enkysté dans le côté* droit *du cervelet, inflammation de l'arachnoïde.*

Conrard (J.), âgé de 20 ans, pâle, maigre et d'une constitution faible, tomba malade à la suite d'une rixe dans laquelle il avait reçu quelques coups, éprouva tous les symptômes d'une fièvre *ataxique*, et succomba le vingtième jour.

Le magistrat, supposant que la mort pouvait être la suite des coups que le malade avait reçus, ordonna l'ouverture du corps : les médecins qui en furent chargés trouvèrent 1°. le cerveau un peu plus injecté qu'à l'ordinaire; 2°. entre sa face inférieure et la base du crâne, une petite quantité de pus épanché en couche mince; 3°. dans la partie antérieure du lobe *droit* du cervelet, une poche pleine de pus; 4°. l'arachnoïde, en contact avec le rocher droit, adhérente à la dure-mère et plus rouge qu'à l'ordinaire.

Il n'en eût pas fallu davantage à des observateurs superficiels, pour attribuer la mort aux coups reçus vingt jours auparavant; heureusement les médecins qui devaient éclairer la conscience des juges ne se hâtèrent pas de prononcer : considérant qu'il n'existait à la surface du crâne aucune trace de contusion grave, et que l'abcès était contenu dans un kyste bien organisé, ils adressèrent des questions aux parens, et par bonheur encore ceux-ci eurent assez de probité pour déclarer que leur fils souffrait depuis long-temps de la tête, et qu'il éprouvait de fréquentes douleurs dans l'oreille droite. Les médecins poursuivirent alors leurs recherches, et trouvèrent des cellules mastoïdiennes pleines de pus, ainsi qu'une partie de l'oreille interne; et ils déclarèrent que la désorganisation était antérieure à la rixe, qu'elle en était indépendante, que seulement l'accident avait pu accélérer la marche de la maladie.

§ I. Cette observation m'a été communiquée par mon ancien condisciple et mon ami le docteur Chaumas, médecin à Metz. Je ne m'arrêterai pas aux conséquences qu'on peut en tirer sous le rapport légal, elles se présentent d'elles-mêmes; mais il est plusieurs circonstances sur lesquelles je dois arrêter votre attention.

Quoique les os fussent à peine affectés, ce n'est pas moins à l'inflammation chronique de l'oreille qu'il faut attribuer celle qui a produit l'abcès enkysté de la portion correspondante du cervelet. Elle ne

s'est point étendue de proche en proche, comme cela arrive le plus souvent; mais la fluxion habituelle, qui se faisait vers l'oreille, a fini par se propager aux organes voisins les plus susceptibles de la partager.

Cet abcès s'est formé sans produire d'autre symptôme qu'une céphalalgie habituelle, parce que l'inflammation a marché d'une manière lente; ce n'est pas à elle, mais bien à l'inflammation de l'arachnoïde, qu'il faut attribuer la fièvre *ataxique*.

§ II. Ce jeune homme paraît n'avoir pas éprouvé d'écoulement purulent par l'oreille, quoique la cavité du tympan fût pleine de pus; il est probable qu'il sortait par la trompe d'Eustache.

M. Itard, dans son excellente Monographie sur les maladies de l'oreille, paraît regarder l'écoulement par le conduit auditif externe comme un symptôme constant de l'otite chronique; car il ne rapporte, à ce que je crois, aucun fait dans lequel il ait manqué. J'ai vu cependant deux malades qui étaient dans ce cas : tous les deux éprouvaient une douleur sourde dans l'intérieur de l'oreille, qui s'aggravait sous l'influence du froid et de l'humidité; ils éprouvaient habituellement dans l'arrière-bouche une saveur désagréable et une odeur insupportable, qui augmentaient avec la douleur et surtout dans certaines positions de la tête, dans certains mouvemens de déglutition : il en résultait du dégoût pour les alimens, qui leur semblaient amers et puans;

des nausées et quelquefois des vomissemens, dans lesquels il leur est arrivé de rendre des matières purulentes très-fétides. A ces symptômes, qu'on attribuait à un embarras gastrique, je reconnus une maladie organique de l'oreille, et l'événement n'a que trop justifié mon pronostic.

Dans des cas analogues, lorsque la carie a fait des progrès, et qu'il survient une inflammation de la dure-mère et du cerveau susjacent, il peut s'établir facilement une communication de l'abcès développé dans la cavité du crâne, avec le tympan, et l'écoulement par le conduit auditif externe ne s'établissant que plus tard, on peut s'en laisser imposer au point de croire que l'inflammation du cerveau a précédé celle de l'oreille; que le pus, qui en a été le résultat, a détruit la dure-mère et le rocher; qu'en un mot, *l'otorrhée purulente* est *consécutive* ou *symptomatique*. En voici un exemple puisé dans Lieutaud (Hist. anat. pr., t. II, l. 3, Obs. 108 et 128.)

§ III. Un homme sexagénaire dont la mémoire était affaiblie devint peu à peu sourd et imbécille : on trouva à la base du cerveau un kyste du volume d'un œuf environ, plein de pus, adhérent à l'os pierreux droit, qui, affecté de carie, laissait passer le pus jusque dans l'oreille; la cavité du tympan en était pleine, la membrane était intacte, mais les osselets étaient entièrement détruits; l'oreille gauche renfermait aussi du pus, les osselets étaient intacts;

il n'y avait aucune communication entre ces deux abcès.

Ici il n'est pas question d'écoulement purulent par l'oreille droite, et même la membrane du tympan était intacte : les symptômes observés sont ceux d'affection cérébrale chronique. Voilà bien des raisons pour croire que la maladie a commencé par le cerveau, et que le pus s'est fait jour à travers le rocher. Remarquez cependant que le malade devint sourd en même temps qu'imbécille; que l'oreille gauche renfermait aussi du pus, et que ce pus s'était formé dans la caisse du tympan, puisqu'elle ne communiquait pas avec l'abcès du cerveau : n'est-il pas évident, d'après cela, que cette maladie de l'oreille gauche était le premier degré de celle qui avait détruit le rocher du côté droit, et par suite enflammé le cerveau et la dure-mère ?

Vous trouverez dans Bonet (l. 1er., section 1re., Obs. 73) une observation intéressante qui lui a été communiquée par son ami Charles Spon. J'en extrairai les principales circonstances.

No. 20.

Écoulement purulent par l'oreille *gauche*, suite de variole, céphalalgie habituelle, augmentant en même temps que l'écoulement diminuait, convulsions. — *Inflammation des méninges, abcès dans l'hémisphère* gauche *du cerveau, carie du rocher sans altération de la dure-mère.*

« Élisabeth Érot, âgée de 23 ans, fraîche, belle,

bien faite, cheveux blonds et abondans, caractère doux, etc., à la suite d'une variole contractée à l'âge de 7 ou 8 ans, conserva un écoulement purulent par l'oreille *gauche*, accompagné de douleurs de tête qui ne firent que croître et se développer avec sa constitution (*συντροφον καὶ συναυξες*). Dans les derniers jours de novembre, étant sur la fin de sa grossesse, elle éprouva, vers le sommet de la tête, des douleurs assez violentes pour lui arracher des cris perçans; elles s'affaiblissaient cependant par la compression; *l'écoulement de l'oreille avait diminué*; le ventre était resserré (lav., saignée, fomentations sur la tête et dans l'oreille). Les douleurs augmentèrent, il survint un tremblement des bras qui avait quelque chose de spasmodique (nouvelle saignée, même prescription). La malade étant accouchée, on crut que sa situation serait améliorée par l'écoulement des lochies; mais bientôt les symptômes augmentèrent, et la plus intéressante des femmes, dit Spon, mourut le 19 septembre.

« Après avoir enlevé la voûte du crâne, nous trouvâmes les deux enveloppes du cerveau enflammées; et, quand elles furent enlevées, nous découvrîmes aussitôt un abcès dans l'hémisphère *gauche*, enveloppé d'une membrane propre, mais qui, s'étant probablement rompue spontanément quelque temps avant, avait été cause de la mort. Le rocher était encore recouvert par la dure-mère; mais, lorsqu'elle fut détachée, nous trouvâmes l'os livide et

carié; de telle sorte que, par le seul contact de la pointe d'un stylet, il se réduisait en poussière.

» Foie volumineux; cœur énorme; utérus épais de trois travers de doigt, etc. »

§ I. Le tempérament lymphatique est une des causes prédisposantes les plus puissantes des affections chroniques de l'oreille, et la variole une de celles qui laissent le plus souvent à leur suite des surdités, des otorrhées purulentes incurables.

§ II. L'écoulement purulent a diminué en même temps que la céphalalgie a augmenté, ce qui aurait pu faire croire que le pus s'était porté de l'oreille dans la cavité du crâne, s'il eût existé une voie de communication entre l'abcès intérieur et la caisse du tympan, comme cela arrive souvent. Mais il est dit positivement que la dure-mère était intacte. Je vous rappellerai cette circonstance quand nous examinerons l'opinion de Morgagni à ce sujet.

Mais, direz-vous, est-ce par un simple effet du hasard que l'écoulement purulent a diminué à mesure que la céphalalgie a augmenté? N'existe-t-il aucune liaison naturelle entre ces deux phénomènes? Je suis bien loin de le penser; mais si j'en juge d'après les faits que vous allez lire, voici comme les choses se sont passées: l'otite chronique a produit, par son voisinage du cerveau, une inflammation lente de cet organe. Il en est résulté un abcès enkysté qui n'a probablement eu aucune influence sur les symptômes décrits dans l'observation; mais la carie s'est étendue

jusqu'à la dure-mère ; *les deux enveloppes du cerveau* se sont *enflammées ;* de là, céphalalgie, convulsions, etc. En même temps, cette inflammation aiguë a fait cesser l'écoulement de l'oreille : d'après cette loi constante de l'économie, *duobus laboribus simul obortis*, etc.

Il est assez singulier qu'on ait cru devoir, pour expliquer la mort, supposer que le kyste s'était rompu.

N°. 21.

Douleurs dans l'oreille *gauche*. Sept jours après, céphalalgie ; onzième jour, suppuration par l'oreille, sans soulagement. Mort le dix-huitième. — *Épanchement dans les ventricules*, *abcès dans le lobe* gauche *du cervelet*, *avec commencement de kyste*, *altération de la dure-mère.* (Abercrombie. Ouv. cité. Obs. 11.)

Mademoiselle G., âgée de 18 ans, présenta, le 4 mars 1812, des symptômes d'entérite, que deux fortes saignées firent disparaître. Dès le commencement, elle avait éprouvé de la douleur dans l'oreille *gauche*, et vers le septième jour elle se plaignit d'un mal de tête qui ne fit qu'augmenter jusqu'au onzième : ce jour-là, il sortit une grande quantité de pus par l'oreille *gauche*. Persistance de la céphalalgie, variation extrême du pouls, coma léger, dilatation des pupilles (saignées, vésicatoire) : point de soulagement, déglutition parfois impossible, augmentation de l'oppression, mort le 22.

Vaisseaux de la substance cérébrale dilatés ; ven-

tricules remplis d'un liquide incolore; lobe gauche du cervelet converti en une poche remplie d'un pus verdâtre et infect. Les parois de la poche, molles et organisées, paraissaient de formation récente. Au côté externe de l'abcès, la dure-mère était épaissie et spongieuse.

§ I. Il est évident ici que c'est l'inflammation de l'oreille qui a précédé et déterminé celle du cervelet, puisque la céphalalgie n'a commencé que le septième jour, puisque la dure-mère correspondante à l'abcès et à l'oreille malade était *épaissie* et *spongieuse*. Il n'est pas question de l'os; il est probable qu'il n'était pas encore carié, car l'otite était toute récente.

§ II. Vous avez dû remarquer que les accidens n'avaient pas cessé d'augmenter, malgré la sortie d'une très grande quantité de pus par le conduit auditif externe. L'inflammation de la cavité du tympan, quand elle est très aiguë, s'accompagne souvent de délire, de convulsions, ce qui pourrait faire croire à la coexistence d'une méningite ou d'une encéphalite; mais quand l'otite est simple, quelle que soit la violence des symptômes, ils cessent comme par enchantement aussitôt que le pus s'est fait jour au dehors.

§ III. Abercrombie, dans le même ouvrage, observation 18, rapporte encore l'histoire d'une femme qui, onze mois après une chute sur la tête, eut de la fièvre, du délire, de la douleur dans l'oreille

droite, laquelle rendait une matière purulente; ensuite de la somnolence, une paralysie du côté *gauche* et des convulsions fréquentes du bras *droit*. Après la mort, qui survint au bout de trois semaines, on trouva, outre une altération considérable du crâne et de la dure-mère, un vaste abcès sur le rocher *droit*, la dure-mère d'une couleur obscure et détachée de l'os, mais le rocher sain.

Ainsi la dure-mère et le cerveau susjacent avaient participé à l'inflammation de l'intérieur de l'oreille, sans que le rocher fût affecté. Les symptômes sont trop clairs pour que j'en parle.

Le même auteur rapporte encore un exemple analogue dans le même ouvrage (obs. 12).

§ IV. Une jeune fille de 9 ans, sujette à des écoulemens purulens par l'oreille *gauche*, précédés ordinairement de douleurs et de fièvre, éprouva, le 10 juillet 1810, les mêmes accidens; mais les douleurs, loin de cesser par l'effet de l'écoulement, s'étendirent jusqu'au front. Bientôt vomissemens, sensibilité de la rétine, oppression considérable. (Saignées, vésicatoires, mercure doux.)

Troisième jour. Délire passager, un peu de stupeur, légères convulsions, douleurs plus violentes vers le front; point de strabisme, ni de cécité, ni de coma. Continuation de l'écoulement purulent par l'oreille *gauche*, il en sort même du pus par une ouverture formée derrière la conque. Mort le cinquième jour.

On trouva beaucoup de sérosité incolore dans les ventricules, l'hémisphère *gauche* contenait un abcès considérable rempli d'un pus très fétide. La dure-mère correspondante était épaissie et spongieuse, et l'os lui-même ramolli et un peu carié à sa surface; il n'existait cependant aucune communication avec la cavité de l'oreille, l'ouverture qui s'était formée derrière la conque ne communiquait qu'avec le nerf auditif externe.

N°. 22.

Surdité, double otite chronique, céphalalgie, douleur au col, strabisme, diplopie, léger délire. — *Suppuration de la partie postérieure de l'hémisphère* droit, *ramollissement de la voûte, abcès enkysté, carie du rocher, altération de la dure-mère.* (Abercrombie, Ouv. cité. Obs. 9.)

D., âgé de 18 ans, sourd depuis long-temps et sujet à un écoulement purulent par les oreilles, éprouva un violent mal de tête qui s'étendait du sinciput à la partie postérieure du cou, et augmentait par le mouvement; chaque saignée qu'on lui pratiqua produisit un soulagement marqué, mais de peu de durée. Trois jours après, strabisme, diplopie, qui cessent le lendemain; la douleur de tête continue en variant d'intensité; parfois un peu de délire, beaucoup d'oppression, mais point de coma. Le septième jour, mort après s'être levé sur son séant et avoir parlé au médecin.

Toute la partie postérieure de l'hémisphère droit était convertie en pus; la voûte était réduite en

une masse ramollie et *pulpeuse*. La surface du cerveau était couverte de lymphe coagulable. On trouva dans sa substance, près de sa base, une tumeur de couleur cendrée contenant une matière caséiforme approchant de la nature du pus. La partie postérieure du rocher offrait quelques traces de carie, la dure-mère correspondante était spongieuse et épaissie.

§ I. Une partie du cerveau était ramollie et pulpeuse, une autre était toute convertie en pus; enfin une autre contenait une tumeur pleine d'une matière caséiforme approchant de la nature du pus, c'est-à-dire un véritable abcès enkysté. Voilà donc trois altérations bien distinctes : elles ont dû être produites par autant d'inflammations successives survenues à des époques plus ou moins éloignées. La plus récente est celle qui a produit le ramollissement, c'est à elle qu'il faut attribuer les symptômes observés dans la dernière maladie qui fait le sujet de cette observation, car elle s'est terminée le septième jour, et il n'est pas probable qu'en si peu de temps toute la partie postérieure de l'hémisphère droit ait pu être convertie en pus. Enfin la description seule de l'abcès enkysté annonce une maladie encore plus ancienne.

§ II. Quoique l'inflammation qui a causé la mort ait été aiguë, puisqu'elle n'a duré que sept jours, elle n'a présenté aucun des symptômes qui la caractérisent. Ainsi il n'a existé ni convulsions,

ni paralysie, ni coma, et le malade est mort au moment où l'on s'y attendait le moins. Cela tient, comme vous avez déjà pu le remarquer, et comme vous aurez souvent occasion de vous en assurer par la suite, à ce qu'elle était compliquée de méningite, et surtout à ce qu'il existait déjà d'autres altérations profondes du cerveau. Plus ces altérations sont anciennes et nombreuses, plus les caractères des inflammations aiguës qui leur succèdent sont obscurs et variables.

Vous avez vu l'influence que les inflammations de l'oreille exercent par leur voisinage sur les organes contenus dans la cavité du crâne ; vous avez vu l'inflammation s'étendre de la membrane qui tapisse le tympan au rocher, la carie s'étendre jusque sous la dure-mère et celle-ci s'enflammer. Vous allez la voir se détruire aussi et laisser une voie de communication entre la cavité du crâne et celle du tympan : en voici un exemple remarquable, rapporté par Sabatier dans sa Médecine opératoire, T. III, page 10.

N°. 23.

Boule de papier enfoncée dans la caisse du tympan, céphalalgie violente, fièvre *putride maligne*. Mort le dix-huitième jour. — *Adhérence du cerveau au rocher, abcès communiquant avec la caisse.*

« J'ai vu une boule de papier attirer des maux plus graves et causer la perte du malade. Il était

incertain qu'elle fût entrée dans l'oreille, et les recherches qui furent faites à cette occasion furent si peu méthodiques, que la boule fut enfoncée très avant, et qu'on crut qu'elle avait seulement frappé l'oreille sans y entrer. Le malade continua à jouir d'une bonne santé pendant quelques mois. Au bout de ce temps, il fut attaqué d'une fièvre *putride maligne* accompagnée de douleurs de tête violentes, de laquelle il périt le dix-septième ou le dix-huitième jour. Je fus prié de faire l'ouverture de son corps. La tête me parut mériter une attention particulière. Il ne paraissait y avoir aucune altération au cerveau, lorsque l'ayant soulevé de dessus la base du crâne, j'aperçus que la partie de ce viscère qui repose sur la face supérieure du rocher du côté gauche avait contracté une adhérence extraordinaire avec la dure-mère. Il y avait à l'endroit de cette adhérence un abcès de peu d'étendue, dont le pus tombait dans la caisse du tambour par une ouverture qui s'était faite à l'os des tempes. La boule de papier était dans cette cavité, dans laquelle elle avait pénétré après avoir détruit le tympan : elle était couverte de pus. Les assistans furent convaincus, ainsi que moi, que la présence de ce corps avait produit le désordre que nous avions sous les yeux. »

§ I. Cette observation est remarquable par la promptitude avec laquelle le rocher s'est détruit à la suite d'une cause en apparence aussi légère ; elle

nous donne aussi une idée de la facilité avec laquelle l'inflammation de l'oreille peut déterminer celle du cerveau.

Je ne vous parlerai des symptômes que pour vous faire remarquer jusqu'à quel point on a abusé des mots commodes de fièvre *putride*, fièvre *maligne*, etc., puisqu'on les employait même dans les cas où la maladie était produite par la présence d'un corps étranger.

N°. 24.

Otorrhée purulente supprimée, céphalalgie, fièvre. — *Abcès considérable dans le cerveau.* (Baillou, Épid. et Ephem., t. II, p. 270.)

« La fille de M. de Masseparault était sujette à un écoulement de matière ichoreuse par l'oreille, il se supprima : de là, douleur et pesanteur de tête (il semblait à la malade qu'elle ne pouvait pas la supporter); fièvre. Malgré tous les remèdes, persistance de céphalalgie, mort.

» On trouva dans le cerveau un abcès considérable. »

§ I. Cette observation est très incomplète, je dirai presque insignifiante; cependant Bonet l'a encore mutilée pour la faire entrer dans la première section du premier livre, où il traite des douleurs de tête. C'est l'observation 53; elle est intitulée : *Capitis dolor à gravi in cerebro abcessu.* Il l'a reproduite ensuite avec plus de détails au commence-

ment de la dix-neuvième section, qui a pour sujet les maladies de l'oreille, et lui a donné cet autre titre : *Aures purulentæ ab abcessu in cerebro*. Morgagni, s'occupant aussi, dans la quatorzième Lettre, des maladies de l'oreille, commence, suivant son usage, par citer les observations contenues dans la section correspondante du *Sepulcretum*. Voici ce qu'il dit de celle-ci (V. n°. 2) : « Vous verrez facilement que le titre de la première observation de la section dix-neuvième, *suppuration des oreilles produite par un abcès dans le cerveau*, n'est pas exact ; car, au contraire, l'abcès du cerveau, dont on ne rapporte aucun signe antérieur, fut la conséquence de la suppression de l'écoulement ichoreux qui se faisait par l'oreille. Il en est de même d'une autre observation qui se trouve dans la scholie suivante, et qu'on n'aurait évidemment pas dû expliquer d'une autre manière, *quand bien même* (1) après la mort on aurait trouvé dans l'intérieur du crâne une sanie semblable à celle qui s'écoulait autrefois. »

Dans la traduction de Morgagni, de MM. Désormeaux et Destouet, ce passage est ainsi rendu : « *Quoique* après la mort, en ouvrant le crâne, on eût trouvé dans son intérieur, etc.... » Personne plus que moi ne rend justice à l'exactitude rigoureuse des deux traducteurs ; cependant ils s'en sont

---

(1) *Etiamsi post mortem reclusa calvaria, sanies quæ solebat olim ex aure egredi, intra illam reperta esset.*

un peu éloignés en traduisant *etiamsi* par *quoique*, et cette petite négligence change tout-à-fait le sens, puisque dans le cas dont il est question le crâne ne fut point ouvert. Voici cette observation, elle est d'Avicenne :

§ II. « Un Vénitien portait derrière l'oreille gauche un ulcère fistuleux duquel s'écoulait beaucoup de sanie. Les médecins voulurent arrêter cet écoulement; ce fut contre mon avis, car j'avais dit à l'un des chirurgiens, qui me demandait d'où s'écoulait une si grande quantité de sanie, qu'elle venait du cerveau, parce qu'elle n'était pas proportionnée à la capacité du sinus. Le malade mourut presque subitement, tant la mort fut prompte. Après la mort, une grande quantité de sanie s'écoula par les oreilles et les narines, *ce qui prouva* que je ne m'étais pas trompé, et que cette matière avait été retenue dans le cerveau. Si on l'avait laissée sortir, cet événement ne serait pas arrivé. »

§ III. Je n'ai pas besoin de vous faire remarquer qu'aucune de ces observations ne peut servir à décider la question : aussi Morgagni ajoute-t-il à la fin de ce paragraphe : « Voyez combien nous différons d'opinion; car il est certain que quand bien même, *comme je l'ai dit* (1), j'aurais vu dans l'intérieur du

---

(1) Ceci a rapport à la phrase qui fait le sujet de la note précédente; dans la traduction, il n'y a plus de concordance entre les deux passages.

crâne non-seulement une sanie de la même nature que celle qui sortait habituellement par l'oreille, mais encore une voie formée par la carie et communiquant de cette cavité dans l'oreille, je n'aurais cependant pas prononcé sans hésiter que la matière s'était écoulée du cerveau dans l'oreille : j'aurais plutôt pensé au contraire qu'elle était passée de l'oreille dans le cerveau. Je vous dirai pourquoi quand vous aurez lu les observations suivantes. »

Nous allons examiner ces observations, et l'opinion de Morgagni, nous reviendrons ensuite à celle d'Avicenne, Bonet, etc., adoptée par M. Itard.

N°. 25.

Variole, suppuration de l'oreille *droite*, surdité, tumeur incisée, convulsions, cris, délire, faiblesse. Mort. — *Injection de la dure-mère et de la pie-mère, rupture du septum lucidum, suppuration entre le cerveau et la selle turcique, et à la surface* droite *du cervelet, verte et purulente à l'extérieur, brune à l'intérieur, carie du rocher* droit. (Morg., Epist. XIV, n. 3.)

« Un enfant eut autrefois l'oreille *droite* maltraitée par les restes d'une petite-vérole. A l'âge de 12 ans, il lui survint une tumeur derrière cette oreille, qui était sourde et rendait du pus. Les tégumens de cette tumeur ayant été incisés par un chirurgien, suivant la longueur de la tête, il s'écoula une assez grande quantité de pus semblable à celui qui

sortait par l'oreille. Quelques heures après cette incision, l'enfant fut pris de convulsions, en sorte que tout son corps était agité, et il rendait malgré lui des sons qui tenaient le milieu entre le cri et le gémissement. Ces symptômes, d'abord très-rapprochés, ensuite plus rares, durèrent jusqu'à la mort. Le jour même où les convulsions se manifestèrent pour la première fois, une douleur se fit sentir à l'endroit où les tégumens avaient été incisés; une certaine partie des lèvres de cette incision jouissait d'une sensibilité si exquise, qu'elle ne pouvait supporter le plus léger contact. Le jour suivant, *quoique le pus continuât à s'écouler*, le malade commença à délirer, et le pouls, ainsi que les forces, tombèrent entièrement. Ensuite le délire s'apaisa, et l'enfant parut recouvrer un peu ses forces et son pouls; ses yeux étaient vifs; il parlait; mais, quoiqu'il eût conservé la parole jusque dans les derniers jours de la vie, et que sa respiration eût toujours été facile, cependant son état ayant empiré de nouveau, il mourut au commencement de février 1740. Lorsque j'appris ces détails de ceux qui avaient traité cet enfant dans sa dernière maladie, je jugeai que ce n'était pas l'incision de la tumeur qui avait donné lieu aux accidens extrêmement graves qu'il éprouva et qui l'emportèrent, mais bien la carie du temporal, qui, en même temps qu'elle aurait produit la tumeur, serait parvenue dans la cavité du crâne et y aurait enfin fait pénétrer la matière

purulente. Comme j'avais fait cette réponse dans le Gymnase, où l'on avait transporté la tête de l'enfant, je voulus voir aussitôt si je m'étais trompé dans ma conjecture.

« La face était encore d'une belle couleur rosée (c'était le quatrième jour après la mort) et sans aucune cicatrice, de sorte que l'on pouvait croire que la variole n'avait pas porté toute sa violence sur la peau. A l'ouverture du crâne, on trouva les sinus latéraux remplis de sang, ainsi que les vaisseaux qui rampent dans l'épaisseur de la pie-mère. D'abord on ouvrit les deux ventricules. Il y avait peu d'eau dans le droit, tandis que le gauche en contenait une assez grande quantité, par la raison, je crois, que le malade, à cause de la douleur qu'il éprouvait à l'oreille droite, se couchait de préférence sur le côté gauche. En effet, lorsqu'on souleva doucement le corps calleux, il se manifesta une rupture dans un point du *septum lucidum :* au reste ces parties du cerveau étaient extrêmement *molles*. Ce qu'il y a de certain, c'est que ce décubitus avait rendu plus facile l'introduction du pus que je trouvai dans la cavité de la selle turcique, en soulevant le cerveau, et bientôt après à la droite du cervelet en écartant ce viscère, de sorte qu'il semblait qu'il en était descendu quelque peu vers l'origine de la moelle épinière. L'entrée du pus dans la cavité du crâne, comme je le fis voir très-clairement aux assistans, avait eu lieu par cette

face de l'apophyse pierreuse de l'os temporal, que les uns appellent postérieure et les autres inférieure. En effet, si je m'en souviens bien, sur cette face et à l'angle même des sinus latéral et supérieur qui avoisinent la selle turcique, la carie avait fait un trou d'une forme presque circulaire, et de la dimension d'une lentille : de là le pus, qui s'était répandu entre cette face et la dure-mère, avait corrodé cette dernière et la pie-mère à l'endroit où elle couvre le côté droit du cervelet. Il avait en outre tellement altéré ce viscère, qu'une partie de sa surface était *verte* et *purulente*, et que la partie intérieure, qui était la plus voisine de cette dernière et qui lui répondait, était teinte d'une couleur *brune* dans l'épaisseur d'un pouce. Tout le pus qu'on voyait dans l'intérieur du crâne était *vert*, sans cependant exhaler une odeur fétide, pas plus que la cavité de la tumeur qui avait été incisée derrière l'oreille; ses parois étaient propres; elle communiquait avec la cavité du tympan. Après avoir examiné les limites intérieures et extérieures de la carie, je n'eus pas le temps de poursuivre les petits canaux situés dans l'épaisseur de l'os, parce que je faisais mon cours d'anatomie. Quant au sentiment exquis qui existait dans une certaine partie des lèvres de l'incision, je remarquai un petit nerf délié, qui, né, je crois, des nerfs cervicaux, montait sous la peau, au-delà de cette section, dans le sens de la longueur de la tête; de

sorte qu'on pouvait conjecturer que cet état devait être rapporté à ce que quelque partie de ce rameau avait été piquée ou légèrement intéressée dans l'incision. »

§ I. Morgagni a tiré parti de toutes les circonstances de cette observation avec tant d'habileté, son opinion paraît si claire et si naturelle, que vous serez sans doute tenté de l'adopter. Voyons cependant si elle est bien fondée.

Il explique l'épanchement trouvé dans le ventricule gauche par la situation du malade : il suppose qu'il se couchait *de préférence sur ce côté, à cause de la douleur qu'il éprouvait dans l'oreille droite*. Mais ceci n'est qu'une hypothèse, encore est-elle en opposition avec ce qu'on observe tous les jours. Ceux qui ont un écoulement purulent par une oreille ont bien soin de se coucher de ce côté pour faciliter la sortie du pus, parce que cette évacuation leur procure toujours un peu de soulagement. Morgagni prétend que dans cette position le liquide a pu passer du ventricule droit dans le gauche, parce qu'en soulevant le corps calleux *il se manifesta une rupture dans un point du septum lucidum*. Mais en même temps il ajoute que *ces parties étaient extrêmement molles*. Ce ramollissement nous explique assez clairement pourquoi cette espèce de membrane nerveuse, déjà si fragile, s'est déchirée par la plus légère traction. Nous en tirerons encore une autre conséquence, c'est que

ces parties avaient été le siége d'une inflammation. Cette première explication le conduit à une seconde, et voilà pourquoi il y attache tant d'importance.

Ce qu'il y a de certain, dit-il, c'est que ce décubitus a rendu plus facile l'introduction du pus, etc. Ainsi il regarde maintenant comme démontré ce qu'il vient de donner comme une simple supposition. Toutefois, en admettant avec lui que le malade se soit couché de préférence sur le côté sain, ce qui, je le répète, n'est pas probable, en résulte-t-il que le pus trouvé dans la cavité du crâne soit venu de celle de l'oreille ? C'est tout au plus ce qu'on pourrait supposer si l'écoulement de l'oreille avait été supprimé, et il ne l'a pas été un seul instant. Il est vrai que le rocher et la dure-mère étaient détruits, mais dans les observations précédentes il n'existait aucune communication entre la cavité du crâne et celle de l'oreille : cependant on a trouvé du pus soit dans la substance cérébrale, soit à la surface de l'arachnoïde, et presque toujours près de l'oreille malade. Dans tous ces cas, l'inflammation de l'encéphale et de ses membranes a bien été déterminée par le voisinage de l'oreille malade, mais le pus ne pouvait venir de la cavité du tympan. La communication dont parle Morgagni prouve donc seulement que la désorganisation s'est étendue de proche en proche jusqu'au cerveau, mais non pas que ce soit le pus de l'oreille qui ait pénétré dans la cavité du crâne.

Morgagni décrit avec la plus grande assurance les désordres causés par le pus, et la marche qu'il a suivie, parce que de son temps on ne mettait pas en doute sa propriété *corrosive*. Cette explication ne mérite pas aujourd'hui la peine d'être réfutée.

Le pus avait, dit-il, tellement altéré le cervelet, que sa surface était verte et purulente; et il a soin de faire remarquer que tout le pus contenu dans le crâne était vert, pour en tirer cette conséquence, que c'était ce même pus qui avait imprégné la substance cérébrale. Nous avons eu souvent à nous expliquer au sujet de cette coloration du cerveau dans les ramollissemens purulens, et nous avons vu que c'était en effet le pus qui lui donnait cette couleur; mais que ce pus était produit par l'inflammation de la portion du cerveau dans laquelle il était infiltré, et qu'on ne pouvait pas supposer qu'elle s'en imbibait d'une manière passive comme ferait une éponge. Morgagni ajoute qu'un peu plus profondément, la substance du cervelet était *brune* dans l'épaisseur d'un pouce; il ne cherche pas à expliquer cette coloration particulière, parce qu'elle n'a pas de rapport avec le pus, qui était vert. Rien n'est cependant plus simple : vous savez que sur le trajet des fibres blanches qui vont du cervelet au mésocéphale, et qu'on appelle pédoncules du cervelet, se trouve un ganglion de substance grise, analogue à la couche des nerfs optiques et au corps strié, mais plus ferme et d'une couleur beaucoup plus *brune*. Ce ganglion, connu sous le nom de

corps *rhomboïde* ou *dentelé* du cervelet, a le volume d'une fève de marais, et se trouve placé précisément vers le point où était la tache brune indiquée par Morgagni : c'était donc lui qui était le siége de cette altération, qu'on ne rencontre, comme vous le savez, que dans la substance grise et à la suite d'une inflammation.

Mais le corps calleux et le septum lucidum avaient également été enflammés : pourquoi donc supposer que le pus trouvé dans le crâne venait de la cavité du tympan? Si vous admettiez l'opinion de Morgagni, je ne sais pas comment vous expliqueriez les symptômes d'inflammation du cerveau et de l'arachnoïde; il dit lui-même que ce n'est pas l'incision de la peau qui a donné lieu aux accidens qui ont suivi l'ouverture de la tumeur (1). A quelle cause attri-

---

(1) Il n'est cependant pas rare de voir, après l'ouverture de ces tumeurs, les symptômes s'aggraver, soit par suite de la marche naturelle de la maladie, soit parce que l'air pénètre plus facilement dans toutes les anfractuosités de l'oreille. Vous en trouverez, entre autres, un exemple dans Baugrand (Zodiac. med. gall. a. 2. Obs. 16 Jul.), remarquable par l'étendue des désordres trouvés après la mort.

Il s'agit d'un enfant de dix ans, qui avait depuis un mois une tumeur sur l'apophyse mastoïde; elle se termina par suppuration. Fièvre lente, toux, voix rauque, respiration difficile, faiblesse générale. A l'ouverture de la tumeur, issue d'une grande quantité de matière fétide; peu de temps après, perte

bueriez-vous donc les convulsions, le délire, etc., à moins que vous ne supposiez avec lui que c'est le pus qui, par sa présence, a irrité l'arachnoïde et le cerveau; ce qui serait prendre l'effet pour la cause? Si je me suis arrêté trop long-temps à discuter les opinions de ce profond observateur, c'est que, pour oser ne pas être de son avis, il faut prouver qu'on a dix fois raison.

Mais revenons à la seconde observation, qui lui a été communiquée par son élève et son ami Médiavia.

N°. 26.

Fistule derrière l'oreille *droite*, fièvre, délire, assoupissement. —*Eau verdâtre dans les ventricules latéraux, pus dans le* droit, *carie du rocher, suppuration entre lui et la dure-mère*, *érosion de cette dernière*. (Morg., Epist. XIV, n°. 5.)

« Un jeune homme portait au-dessus de l'apophyse mastoïde *droite* une fistule qui paraissait ancienne. Les liquides qu'on y injectait revenaient en partie

---

de la voix et de l'ouïe ; mort quatre mois plus tard ; poumon ulcéré et plein d'une matière semblable à celle qui était sortie de la plaie; ventricules du cerveau également pleins de pus ; apophyses mastoïdes, coronoïdes et styloïdes, presque détruites par la carie, ainsi que les cavités glénoïdes de la première vertèbre, l'apophyse odontoïde de la seconde et la partie inférieure de l'occipital.

J'aurai occasion de revenir sur cette observation.

par l'oreille voisine, par laquelle cependant il entendait. Il fut reçu à l'hôpital moins pour sa fistule que pour une fièvre qui s'y était jointe; cette dernière faisant des progrès en peu de jours, le malade fut pris de délire avec propension à l'assoupissement, et mourut.

« A l'ouverture du crâne, on trouva les vaisseaux du cerveau gorgés de sang, et beaucoup d'eau verdâtre dans les ventricules latéraux. Au-dessous de cette eau, on voyait, dans le ventricule *droit,* du *pus* de la même couleur. Une quantité beaucoup plus considérable était épanchée entre la dure-mère et la face de l'apophyse pierreuse du temporal qui a été indiquée dans l'observation précédente, et s'était ainsi frayé un chemin entre elles jusqu'au canal vertébral. La cavité du tympan était également remplie de pus de la même qualité. La carie s'était avancée jusque derrière l'aquéduc de Fallopia et les canaux demi-circulaires, et avait corrodé la face de l'apophyse pierreuse dont j'ai parlé, de manière à laisser une fente assez large à la partie postérieure du trou qui reçoit les deux portions du nerf auditif. La dure-mère qui couvrait cette fente *paraissait* rongée dans cet endroit, mais dans une étendue moindre que celle de la fente elle-même. Au reste, quoique le cerveau eût sa consistance naturelle, et qu'il fût disséqué le lendemain de la mort, la mauvaise odeur qu'exhalait cette tête était telle, qu'il ne fut pas possible de chercher quel trajet avait suivi

le pus, depuis la fente jusqu'au ventricule droit, ni de s'assurer si, outre la membrane du tympan, il y avait d'autres parties de l'oreille affectées, et quelles étaient ces parties.

» Vous attribuerez cette différence si remarquable qui existe pour la mauvaise odeur entre ces deux histoires, à la différence de la saison, de l'âge et de l'état des humeurs chez les deux individus, tandis que vous rapporterez les autres différences à d'autres causes : celle de l'assoupissement, par exemple, à une plus grande quantité d'eau renfermée dans les deux ventricules du jeune homme, qui de plus était mêlée, du côté droit, avec du pus; celle de la surdité, à la carie qui avait produit chez l'enfant une lésion plus considérable dans les organes internes de l'ouïe; celle des convulsions, à la lésion d'un nerf chez ce dernier (1); celle de la chute du *pouls* et des *forces*, à l'altération du *cervelet* sur le même. Vous attribuerez, au contraire, les symptômes qui sont communs à l'un et à l'autre, aux circonstances qui furent analogues sur tous les deux, comme l'invasion inattendue d'accidens aussi graves, à l'irritation subite des méninges *par l'épanchement du pus*; le délire, à cette même irri-

---

(1) Morgagni dit cependant dans l'observation précédente : « Je » jugeai que ce n'était pas l'incision de la tumeur qui avait donné » lieu aux accidens extrêmement graves, etc. »

tation qui *arrêtait le sang dans les vaisseaux* qui s'étaient engorgés par *cette raison même*; enfin la mort, à l'altération de ces mêmes méninges, du cervelet et du cerveau.

» Mais une circonstance commune à ces deux sujets, et pour laquelle je vous ai rapporté ces deux histoires, c'est la voie ouverte par la carie entre les oreilles d'où s'écoulait le pus, et la cavité du crâne. Et personne cependant, en voyant dans cette dernière une sanie semblable, ne pouvait soupçonner que cette voie eût livré passage au pus, pour aller de la cavité du crâne dans l'oreille, tandis que tout le monde, en réfléchissant à ce qui s'était passé, avouait qu'il était venu de l'oreille dans la cavité du crâne. Or, comme il est évident que l'oreille peut produire du pus et le supporter sans préjudice pour la vie beaucoup plus long-temps que le cerveau, on voit clairement aussi quel jugement on doit porter sur les cas analogues que j'ai cités au commencement. »

§ I. Ainsi, suivant Morgagni, dans les deux cas c'est le pus qui a produit l'irritation subite des méninges, et l'engorgement des vaisseaux qui a été cause du délire, etc. Je ne m'arrêterai pas à vous démontrer qu'il a pris l'effet pour la cause, et je vous laisse le soin de démêler, parmi ses autres explications, celles qui sont fondées et celles qui ne le sont pas. Quant à l'observation de Mediavia, elle est encore moins concluante que la précédente.

Morgagni dit seulement que la dure-mère qui recouvrait l'os carié *paraissait* rongée, ce qui ferait croire que la chose n'était pas bien évidente. Il parle de pus trouvé entre l'os et la dure-mère; mais il ne dit pas qu'on en ait trouvé à la surface de l'arachnoïde. Enfin, il prétend que la mauvaise odeur qu'exhalait cette tête n'a pas permis de chercher quel trajet avait suivi le pus depuis la fente de l'os jusqu'au ventricule droit; mais, malgré la mauvaise odeur du cerveau, s'il eût été désorganisé dans la direction du ventricule *droit*, n'eût-il pas été facile de s'en assurer lorsqu'on examina ce ventricule?

Concluons que, dans l'explication de ces deux observations, Morgagni s'est laissé entraîner aux idées mécaniques qui régnaient de son temps.

§ II. Il cite ensuite deux observations, l'une de Moeglin et l'autre de Laubius, comme analogues à celles qu'il vient de rapporter, c'est-à-dire qu'il pense que le pus trouvé dans la cavité du crâne était venu de l'oreille et avait été cause de la mort.

§ III. Dans l'observation de Moeglin (Ephemer. nat. cur. cent. 6, observ. 21), il s'agit d'un homme de 70 ans, qui, à la suite d'une forte percussion de la tête, eut une céphalalgie qui augmenta de jour en jour. Trois mois après, issue d'une matière sanieuse et fétide par l'oreille gauche, augmentation de la douleur, tremblement de la joue, *distorsion de la bouche*, issue par le conduit auditif d'une tu-

meur fongueuse, indolente, laissant écouler par le moindre contact une matière sanieuse et sanguinolente : on y appliqua du digestif, du précipité, de la poudre de sabine, le fer rouge, etc. Le fongus repullula toujours, il se forma derrière l'oreille une tumeur grosse comme le poing, bosselée, squirrheuse, qui, s'étant ouverte, fournit une sanie abondante. Augmentation de la distorsion de la bouche, déglutition très-difficile, diminution des forces et de la mémoire, perte de la parole, mort.

Dure-mère couverte d'une quantité considérable d'humeur *gélatineuse*; injection vasculaire, *inflammation* de la substance corticale du cerveau, mais non de la médullaire. Carie du rocher, érosion inégale capable de recevoir le pouce. Destruction des osselets de l'ouïe ; conduit auditif bouché ; polype du volume d'un œuf de poule, blanchâtre, spongieux, sans cavité, enveloppé d'une membrane mince. Sur les côtés de la suture sagittale et en dedans, exostose éburnée. Ossification de plusieurs points de la dure-mère.

§ IV. Rien dans cette observation ne prouve que le pus ait pénétré de l'oreille dans le crâne ; il suffit même, pour prouver le contraire, de remarquer que la matière *gélatineuse* qui recouvrait la dure-mère ne peut avoir aucun rapport avec la *sanie fétide* qui sortait par l'oreille : aussi ne parlerai-je pas des autres circonstances.

L'observation de Laubius, plus remarquable, mérite d'être rapportée avec tous ses détails.

N°. 27.

Fièvre grave, obscurcissement de la vue, alternant avec un écoulement de l'oreille *gauche*, abcès derrière la conque, paralysie foudroyante à *gauche*, convulsion à *droite*, *carie du rocher à* gauche, *abcès dans le cerveau entre le rocher et les couches des nerfs optiques.*

Jean André, robuste, dans la vigueur de l'âge, éprouva, vers la fin d'avril 1813, une fièvre continue, accompagnée des symptômes les plus graves; il en guérit par les prompts secours de la médecine, mais il resta triste et mélancolique; sa vue s'obscurcit et finit par s'éteindre entièrement après avoir été plusieurs fois améliorée lorsqu'il survenait un écoulement de pus par l'oreille, et perdue de nouveau lorsque cet écoulement cessait. Vers la fin de l'été, il survint une tumeur considérable derrière l'oreille *gauche;* elle diminuait un peu lorsqu'il survenait un écoulement abondant de pus par le conduit auditif, et revenait quelques jours après; ces alternatives se reproduisirent trois ou quatre fois : de là des douleurs intermittentes qui allèrent en augmentant. Enfin, le 1er. novembre de la même année, le malade eut une attaque d'apoplexie avec perte du sentiment et du mouvement. Pendant trois jours, il resta dans son lit, immo-

bile comme un marbre. Le quatrième jour, il recouvra la parole et demanda à manger, mais à peine on pouvait le comprendre. Il n'avalait que très-difficilement. Le côté *gauche* était paralysé, le côté droit fut agité de convulsions jusqu'au moment de la mort, qui arriva le 11 novembre.

Le crâne était fort mince, comparé à la stature de l'individu, et la suture sagittale s'étendait jusqu'au nez. Les vaisseaux de la dure-mère étaient distendus par du sang vers les sinus. Il sortit environ cinq onces de pus de la substance cérébrale vers l'oreille *gauche,* dans l'espace compris entre l'os pétreux et la partie antérieure des couches des nerfs optiques. Tout le reste du cerveau était sain, seulement les vaisseaux étaient fort dilatés. Le rocher était carié à sa surface par l'acrimonie du pus *retenu là depuis long-temps ;* la dure-mère était fortement adhérente : *c'était par là que le pus s'était écoulé par le tympan, et avait tout détruit.*

§ I. Vous voyez, par les expressions de Laubius, qu'il pensait que c'était l'acrimonie du pus formé dans le cerveau, qui avait carié le rocher et détruit tout dans la cavité du tympan. Morgagni pensait, au contraire, que c'était le pus formé dans l'oreille qui avait détruit l'os et la dure-mère. Ces deux opinions si opposées ont cependant cela de commun, qu'elles attribuent au pus des qualités corrosives qu'il n'a pas. Morgagni et Laubius prennent ici l'effet pour la cause. Ce n'est pas le pus qui, venu du dedans

ou du dehors, a détruit le rocher et la dure-mère, c'est l'inflammation qui a détruit ces parties et produit en même temps la suppuration.

Mais cette inflammation a-t-elle commencé par le dedans ou par le dehors ? On conçoit difficilement qu'une inflammation du cerveau s'étende au rocher de manière à frayer au pus une voie par l'oreille, au lieu que les observations précédentes nous ont appris avec quelle facilité les inflammations de la cavité du tympan produisent la carie du rocher, etc., etc. D'ailleurs rien n'est plus commun que les suppurations de l'oreille à la suite des maladies graves ; les symptômes cérébraux ont été en s'aggravant de plus en plus. Si la maladie avait commencé par le cerveau, ils auraient, au contraire, dû diminuer après l'ouverture de l'abcès dans l'oreille.

Morgagni (Epist. XIV, n°. 6) attribue l'obscurcissement de la vue, qui survenait lorsque l'écoulement de l'oreille cessait, à ce que cette *matière putride* s'épanchait dans le crâne. Et il faut avouer que, dans ce cas-ci, l'explication est plausible, puisque la cavité du tympan communiquait avec l'abcès du cerveau. Cependant rappelez-vous que, dans l'observation dix-huitième, les symptômes d'affection cérébrale commencèrent immédiatement après la cicatrisation d'une fistule située derrière l'oreille gauche, et que ce fut dans l'hémisphère droit du cerveau qu'on trouva un abcès. Vous avez vu que, dans l'observation vingtième, de violentes douleurs de tête

se manifestèrent en même temps que l'écoulement de l'oreille diminua; on trouva un abcès dans le cerveau ; le rocher était carié, mais la dure-mère était intacte. Dans ces deux cas, le pus n'avait pas pu venir du dehors, comme les symptômes auraient pu le faire croire. Je pourrais vous rapporter beaucoup d'autres observations de même nature, je me contenterai de vous citer les deux suivantes. Vous trouverez la première dans l'ancien Journal de Médecine, T. XXX ; elle est du docteur Martin.

§ II. Le nommé Cartigan, d'une mauvaise constitution, sujet à une suppuration de l'oreille droite, *qui diminua*, éprouva de la fièvre et une pesanteur de tête portée au point de l'empêcher de marcher et souvent de reposer ; la mort fut attribuée à la suppression de l'écoulement purulent. A l'ouverture du crâne, on trouva le cerveau et ses enveloppes dans un état parfaitement sain, seulement la dure-mère parut bosselée et peu adhérente à la face postérieure du rocher, qui était cariée et présentait un grand nombre de trous, par lesquels on pouvait introduire un stylet dans le tympan, mais la dure-mère était *entière*.

§ III. L'autre est celle de l'enfant dont parle Poupart (Histoire de l'Acad. des Sciences, année 1700, Obs. 19) ; elle est encore bien plus frappante. A la suite d'une chute sur la tête, il conserva vers la suture sagittale *un petit trou*, par où se faisait une abondante suppuration qui tenait lieu de trépan. De

temps en temps, *la suppuration s'arrêtait pendant quelques jours, puis recommençait. Quand elle était arrêtée*, le malade avait *quatre ou cinq fois le jour, pendant un quart d'heure, de grandes convulsions* au bras droit et à la mâchoire du même côté; *elles cessaient absolument quand la suppuration revenait.* Après la cicatrisation, les convulsions revinrent toujours de la même manière. La fièvre se déclara, et le malade mourut.

La dure-mère n'était ni enflammée ni altérée, tout le lobe gauche du cerveau était abcédé.

Il est clair que, dans tous ces cas, c'est l'inflammation cérébrale qui a déplacé celle qui était établie à la périphérie du crâne : c'était parce que la fluxion s'opérait sur le cerveau, qu'elle n'avait plus lieu vers l'oreille; que, par conséquent, la suppuration cessait. La céphalalgie et les autres accidens étaient dus à cette fluxion, et non pas à ce que le pus se serait porté dans l'intérieur du crâne, au lieu de sortir par la fistule, puisqu'il n'existait aucune voie de communication de cette fistule avec la cavité du crâne. Pourquoi la chose n'aurait-elle pas eu lieu de la même manière dans le cas rapporté par Laubius, quoiqu'il y ait eu communication de la cavité de l'oreille avec celle du crâne? Quelle autre cause pourrait avoir supprimé cet écoulement de l'oreille?

§ IV. Le même Laubius a rapporté, dans la huitième centurie du même ouvrage, obs. 21, l'his-

toire d'une femme pauvre, qui, à la suite d'un traitement antivénérien, eut une tumeur dans la région temporale avec écoulement d'une matière purulente par l'oreille du même côté; lorsqu'il cessait, il était remplacé par un autre écoulement de matière à peu près semblable... Après la mort, on trouva tout le temporal détruit, ainsi qu'une partie du cerveau, etc.

Vous voyez que cet écoulement purulent de l'oreille alternait avec un autre d'une nature à peu près semblable, sans qu'on puisse supposer que le pus se transportât d'un endroit à l'autre. Au reste, rien n'est plus commun que les faits de cette nature, j'ai seulement choisi quelques-uns de ceux qui avaient plus de rapport avec notre sujet.

N°. 28.

Écoulement par l'oreille *gauche* supprimé, augmentation de la céphalalgie, délire, injection de la face, contraction de la pupille, pouls irrégulier, convulsions, coma profond, strabisme, insensibilité. — *Injection de l'arachnoïde extérieure et intérieure, vaste abcès contigu à la carie et communiquant à l'extérieur*. (Medico-chirurg. Journ., octobre 1819, p. 235.)

Une jeune fille, âgée de 14 ans, fut admise dans l'établissement de Meath-Street dans le mois de juin 1812.

Le docteur O'Brien la trouva dans un violent

paroxysme de délire : face rouge, yeux animés et rouges, iris contractée, pupille rétrécie ; pouls, cent vingt pulsations, fort et irrégulier. On apprit qu'elle avait été long-temps sujette à un écoulement par l'oreille gauche, accompagné pendant long-temps de céphalalgie ; que la suppuration avait été supprimée pendant les trois dernières semaines, et que dès-lors la céphalalgie était devenue plus violente. (Saignée de 14 onces, applic. d'eau froide sur la tête, un large vésic. au cou, fomentat. dans l'oreille avec du lait chaud et de l'eau, applic. de catap. émol., forts purgatifs, saignée de l'art. tempor. de 6 onces.)

Deuxième jour. Légère diminution dans les symptômes, quelques accès de convulsions pendant la nuit. (Nouvelle saignée.)

Troisième jour. Coma profond, insensibilité, pupilles dilatées, déviation de l'œil gauche, convulsions, pouls excessivement fréquent. Mort le lendemain.

Ouverture du cadavre. La peau et les parties molles qui environnaient l'oreille malade étaient d'une couleur noire ou plutôt d'un vert noirâtre s'étendant de la base du crâne à la moitié du cou. La dure-mère adhérait fortement au crâne, la pie-mère était enflammée, ses vaisseaux étaient très-injectés. Les ventricules contenaient très peu de liquide, mais le plexus choroïde et la membrane séreuse étaient très-injectés ; la substance du cerveau,

plus molle que dans l'état naturel, contenait un vaste abcès situé sur la portion pierreuse du temporal, s'étendant jusqu'au cervelet, rempli d'une matière verdâtre et très-fétide; la dure-mère était détruite vis-à-vis de cet abcès, l'os lui-même était carié de manière que l'abcès communiquait à l'extérieur.

§ I. Le docteur O'Brien pense que la membrane interne de l'oreille fut le siége primitif de l'inflammation, qui par la suite a produit la destruction de l'os, etc.

Cette opinion me paraît trop évidente pour avoir besoin d'être développée. Mais il est une circonstance de cette observation, qui mérite d'être examinée avec quelque attention. Trois semaines avant l'entrée de la malade à l'hôpital, l'écoulement de l'oreille s'était supprimé; et cette suppression avait été accompagnée d'une augmentation dans la céphalalgie; ensuite survint du délire, etc. L'abcès du cerveau communiquait avec la cavité du tympan. Si Morgagni avait pu avoir connaissance de cette observation, il n'aurait pas manqué de la citer en faveur de son opinion; et en effet elle paraît plus propre qu'aucune des précédentes à faire croire que le pus formé dans l'oreille s'est porté dans le cerveau.

Mais d'abord vous remarquerez que cette suppuration s'est tarie spontanément; qu'aucun obstacle ne s'est opposé à la sortie du pus et ne l'a forcé

à refluer dans le cerveau. Ensuite, en supposant que le pus eût été forcé d'une manière mécanique à se porter dans la cavité du crâne, il se serait épanché à la surface de l'arachnoïde; mais on ne voit pas comment il se serait creusé une cavité dans la substance du cerveau, plutôt que de se répandre à sa surface.

La suppuration de l'oreille a cessé, parce que le cerveau, enflammé par suite de l'extension de la maladie à la dure-mère, est devenu le centre de la fluxion, qui se faisait auparavant vers l'oreille. Dans l'espace de ces trois semaines, un abcès s'y est formé. A cette époque, l'inflammation s'est exaspérée : de là les symptômes observés depuis l'entrée de la malade à l'hôpital, et le ramollissement qui environnait ce vaste abcès.

N°. 29.

Migraine, suppuration de l'oreille *gauche*, surdité, fongosité, suppression de l'écoulement, céphalalgie, etc., tout-à-coup symptômes cérébraux aigus. — *Sérosité dans les ventricules, abcès enkysté communiquant avec la cavité du tympan, ramollissement de la substance cérébrale environnante, carie du rocher.* (Journal de Sédillot, t. XLV, p. 453, Obs. du docteur Brodie.)

Le jeune S., sujet à la migraine depuis son enfance, apprenait difficilement, mais retenait à merveille, et paraissait doué d'un jugement sain; sa santé ni son intelligence n'offraient d'ailleurs rien

de particulier. A l'âge de deux ans, il devint sourd de l'oreille *gauche,* qui commença à suppurer, et l'écoulement n'eut presque point d'interruption. Au mois de mars 1809, il continuait toujours, quoique l'enfant eût 14 ans ; on aperçut une petite excroissance fongueuse à l'intérieur du conduit auditif externe : on appliqua d'abord de la pommade citrine, qui ne produisit aucun effet ; puis de l'onguent citrin, qui, au bout d'environ 15 jours, fit cesser la suppuration. Elle fut remplacée par une vive douleur de tête et de l'oreille du côté malade ; on renonça à la pommade ; l'écoulement reparut et les douleurs cessèrent. Quelque temps après, on employa de nouveau la pommade, qui fit cesser l'écoulement, et il ne revint depuis que par intervalles et en petite quantité. Huit jours après, céphalalgie assez violente pour arracher des cris au malade ; il assurait qu'il devenait fou. Cependant il continua de jouer avec ses camarades ; ses études seules furent interrompues ; tout-à-coup le mal fut insupportable ; l'enfant perdit connaissance. Le lendemain, assoupissement, dilatation des pupilles ; pouls de trente à quarante pulsations ; constipation (vésic. sur la tête, purg.) ; un peu de mieux suivi bientôt de propension au sommeil ; contraction des pupilles sans perte de connaissance ; enfin l'enfant mourut dans un état comateux.

Autopsie. Vaisseaux de la dure-mère gorgés de sang, ainsi que ceux de la pie-mère et de l'arachnoïde :

la surface de cette dernière était aussi sèche que si on l'eût essuyée avec un linge.

Dans les ventricules du cerveau, environ deux onces de sérosité.

Dans l'hémisphère gauche, on trouva un kyste d'environ trois pouces de diamètre, de consistance pulpeuse, épais et vasculaire, contenant une matière purulente, épaisse et de couleur foncée. L'extrémité inférieure du kyste reposait sur la partie pierreuse du temporal; une très-petite ouverture, traversant le kyste, la dure-mère et l'os, établissait une communication entre la cavité de ce kyste et le conduit auditif externe. La substance cérébrale enveloppant le kyste était *jaune*, beaucoup plus *molle* que dans l'état ordinaire.

Le Dr. Duncan, *medical Commentaries*, rapporte un fait analogue.

§ I. Cette observation est peut-être la plus favorable qu'on puisse citer en faveur de l'opinion de Morgagni; car deux fois la suppression de l'écoulement purulent de l'oreille fut suivie d'accidens qui cessèrent lorsque l'écoulement se rétablit : il existait une communication de la cavité du tympan avec l'abcès enkysté. Voilà bien des raisons de croire que le pus formé dans l'oreille a reflué vers le cerveau; que c'est lui qui a été cause de la formation du kyste; que celui qu'on y a trouvé venait du tympan. Mais remarquez que la maladie de l'oreille était déjà fort avancée à l'âge de

deux ans, puisque l'ouïe était perdue. Une excroissance fongueuse parut douze ans après dans le fond du conduit auditif. Ces fongosités, lorsqu'elles surviennent à la suite d'otorrhées purulentes aussi anciennes, annoncent en général une altération profonde du rocher, de la dure-mère, etc.; elles sont de même nature que la membrane muqueuse qui tapisse le kyste, et produites par la même cause. Il est donc très probable que l'abcès enkysté existait déjà à l'époque où l'on eut l'imprudence d'introduire dans le fond du conduit auditif un onguent qui s'y dessécha, et y forma une espèce de croûte; et que celle-ci, unie à la fongosité en question, boucha le canal comme un tampon, et empêcha la sortie du pus formé dans le kyste : il serait au contraire difficile de concevoir que le pus retenu dans la cavité du tympan ait formé un abcès enkysté dans le cerveau, plutôt que de se répandre dans l'intérieur du crâne.

§ II. Sur la fin de la maladie, quoique l'écoulement fût rétabli, il survint des symptômes plus graves qui ressemblaient entièrement à ceux d'inflammation aiguë du cerveau et de l'arachnoïde, succédant à une affection chronique de ces mêmes organes. En effet, la substance cérébrale qui environnait le kyste était jaune et beaucoup plus molle qu'à l'ordinaire, et les membranes offraient des traces non équivoques d'inflammation.

§ III. Il se développe quelquefois dans le conduit

auditif externe des polypes qui sont accompagnés d'écoulement muqueux ou puriforme, de surdité, etc.: il est bien important de ne pas les confondre avec les fongosités dont nous venons de voir un exemple. Les polypes peuvent être enlevés sans danger, on doit en tenter la guérison. Les fongosités doivent être scrupuleusement respectées; mais ce n'est pas ici le lieu d'insister sur ce point.

Quelquefois la carie du rocher produit plusieurs inflammations distinctes, d'où résultent des foyers séparés aboutissant à la cavité du tympan. Le docteur Parkinson en a consigné un exemple, sous le titre d'hydrocéphale, dans le *London medical Repository*, n°. 39, mars 1817.

N°. 30.

Écoulement purulent par l'oreille *droite*, céphalalgie, convulsions, insensibilité, dilatation des pupilles, intelligence. — *Épanchement dans les ventricules, abcès dans le cerveau et dans le cervelet, communiquant avec la carie.*

Un jeune homme de 14 ans éprouvait de violens accès de céphalalgie, qui duraient souvent pendant vingt-quatre heures et étaient accompagnés de douleurs dans l'oreille droite, d'où s'écoulait quelquefois du pus. L'écoulement augmenta, devint sanguinolent et fétide. Le malade s'affaiblit de plus en plus, éprouva des convulsions, tomba dans un état d'in-

sensibilité avec dilatation des pupilles, lenteur extrême du pouls, et mourut en conservant sa raison jusqu'au dernier moment.

A l'ouverture du cadavre, on trouva trois onces de fluide dans les ventricules latéraux, un petit abcès dans le lobe moyen de l'hémisphère droit du cerveau, qui communiquait avec une ouverture produite par la carie de la partie supérieure du rocher du même côté. Une sonde introduite par cette ouverture sortit par le conduit auditif externe. La dure-mère, détachée en partie de l'os temporal, paraissait, dans une grande étendue, presque gangrenée; un autre abcès occupait tout le lobe droit du cervelet et communiquait aussi avec l'oreille par la carie du rocher; il en sortit une once de pus fétide.

§ I. Il est assez singulier que le docteur Parkinson ait attaché assez d'importance à ces trois onces de liquide trouvées dans les ventricules, pour intituler cette observation *Hydrocéphale*. Plus nous avancerons, plus vous aurez occasion de vous convaincre que cette espèce de complication est très commune dans les affections chroniques du cerveau; elle dépend du voisinage de la congestion habituelle qui se fait sur l'organe primitivement affecté; de la même manière que dans les caries du rocher, l'inflammation s'étend à la portion du cerveau voisine de l'oreille malade.

Vous avez dû remarquer que ce jeune homme

avait conservé toute son intelligence jusqu'au dernier moment, quoique une partie du cerveau et du cervelet eût été détruite par la suppuration ; mais les deux abcès communiquaient avec la cavité du tympan, et le pus pouvait s'écouler au dehors avec assez de facilité pour ne pas gêner les fonctions de l'hémisphère sain. D'ailleurs il est probable qu'ils se sont développés lentement et l'un après l'autre, comme le prouvent la nature et la marche des symptômes.

§ II. Vous avez vu l'inflammation aiguë ou chronique de la membrane qui tapisse la cavité du tympan produire celle du cerveau, soit par une espèce de consensus qui fait partager au cerveau la fluxion qui s'opère dans son voisinage, soit en s'étendant de proche en proche au rocher, à la dure-mère, etc., etc. Vous avez vu le pus formé dans la cavité du crâne s'écouler par le conduit auditif externe, au moyen des pertes de substance que la maladie avait fait éprouver au rocher ainsi qu'à la dure-mère, et même la suppression *mécanique* de l'écoulement purulent produire des accidens graves. Quant à la suppression spontanée de cet écoulement et au passage du pus de la cavité de l'oreille dans celle du crâne, je vous ai fait connaître l'opinion de Morgagni, les observations qui l'ont fait naître, et même beaucoup d'autres qui paraissent encore plus concluantes : c'est à vous de juger si l'explication que je vous

en ai donnée s'accorde mieux avec tous les faits connus.

§ III. Vous avez vu que quelques-uns de ceux que cite Morgagni avaient été interprétés d'une manière tout opposée par ceux-mêmes qui les avaient recueillis ; ainsi Laubius pensait (*voy.* l'obs. n° 27) que c'était le pus formé dans le cerveau qui avait détruit la dure-mère et s'était fait jour à travers le rocher. D'autres observations ont de temps en temps fait revivre cette hypothèse ; enfin elle a été adoptée tout récemment par un praticien qui a fait une étude spéciale des maladies de l'oreille, et vient d'enrichir la science d'une excellente Monographie, dans laquelle il a consigné les résultats de sa longue expérience, sur un sujet trop peu connu. L'opinion de M. Itard étant d'un grand poids dans une pareille question, nous l'examinerons en détail.

Il appelle otorrhée *cérébrale* celle dont le foyer principal est dans l'intérieur du crâne, et il en admet deux espèces qu'il distingue en primitive et en consécutive. Voici ce qu'il dit de la première, page 213 et suivantes.

« L'otorrhée cérébrale est *primitive* toutes les fois que, sans aucune lésion antécédente de l'oreille, il se forme dans l'intérieur du crâne, aux dépens du cerveau ou de ses membranes, ou même des os, une suppuration qui, après avoir pénétré dans l'oreille interne, soit par des trous faits au rocher par la carie,

soit à la faveur des ouvertures naturelles de cet os, se fait jour au dehors par le conduit auditif externe, ou, ce qui est infiniment rare, par la trompe d'Eustache.

» Les causes de l'otorrhée cérébrale primitive sont toutes celles qui peuvent entraîner la suppuration du *cerveau* et des *méninges*, lorsque cette suppuration a lieu dans le voisinage du rocher, ou lorsque, formée dans l'intérieur même du cerveau, elle se fait jour vers les fosses moyennes du crâne. Il résulte de là que cette otorrhée peut être regardée, dans *beaucoup* de circonstances, comme la terminaison *critique d'une phlegmasie dans l'encéphale.*

» Il est digne de remarque que, lorsque le cerveau vient à être le siége d'une véritable suppuration, le pus, au lieu de se répandre indistinctement sur tous les points de la circonférence de la base du crâne, ou de se ramasser dans le fond des cavités occipitales, se dirige et s'accumule de préférence autour du rocher, et particulièrement sur sa face antérieure. Cette dernière particularité *explique* pourquoi le trou auditif interne pratiqué au sommet de la face postérieure, et d'ailleurs séparé par la tente du cerveau du pus accumulé sur sa face antérieure, sert très rarement de moyen d'évacuation à la matière purulente qui, dans la plupart des cas et *à cause de cette disposition ana-*

tomique, se fait jour dans le rocher perforé par là carie....

» L'otorrhée cérébrale se manifeste communément par ces signes : céphalalgie continuelle, d'abord obtuse, puis vive, lancinante et atroce, persistant néanmoins à un degré très modéré et réduite à une simple pesanteur de tête; pouls dur, fréquent, et devenant ensuite quelquefois plus rare même que dans l'état de santé; rougeur des yeux, tiraillement douloureux dans le fond de l'orbite; quelquefois contractions convulsives des muscles de la face, tension et empâtement œdémateux du cuir chevelu; sentiment de constriction sur toute la surface des os du crâne, comme s'ils ne pouvaient suffire à contenir le cerveau; quelquefois lésion des facultés intellectuelles, et surtout de la mémoire; perte de l'appétit, du sommeil et des forces.

» Si, lorsque l'état du malade n'est pas tout-à-fait désespéré, il survient de la douleur dans l'une des deux oreilles, avec surdité, bourdonnement, nul doute que l'abcès du cerveau ne doive se vider par l'oreille, et établir bientôt, avec l'espoir de la guérison, une véritable otorrhée purulente.

» Cette affection symptomatique de l'oreille ne se manifeste pas toujours à la suite de symptômes aussi intenses. Le plus communément elle vient à la suite d'une *congestion purulente*, qui s'est formée lentement dans le crâne, par suite d'une phlegmasie

chronique du cerveau ou de la dure-mère, et même du cervelet, ou par la *fonte* de quelque *kyste* ou de quelques tumeurs squirrheuses de la masse encéphalique, et sans autres symptômes précurseurs qu'une céphalalgie continuelle, quelquefois périodique, mais alors violente, et souvent accompagnée de mouvemens convulsifs et d'une langueur générale des forces physiques et morales.

» L'otorrhée qui s'est ainsi manifestée ne peut avoir qu'une issue fatale; celle, au contraire, qui est survenue à la suite d'une suppuration aiguë du cerveau laisse beaucoup plus d'espoir de guérison. »

§ IV. M. Itard suppose, comme vous le voyez, que le pus résultant de l'inflammation du cerveau ou de ses membranes, peut s'ouvrir un chemin à travers le plus dur et le plus épais des os, supposé sain auparavant. Autrefois on attribuait au pus une action corrosive, destructive, et l'on se hâtait d'ouvrir les abcès formés à la surface des os, dans la crainte qu'ils n'en déterminassent la carie, parce qu'en ouvrant ces abcès on avait en effet souvent trouvé les os cariés. C'était surtout pour les abcès formés derrière l'oreille, que ce précepte était de rigueur. On sait aujourd'hui que ce n'est pas parce que l'apophyse mastoïde est très spongieuse, que les abcès de cette région sont si souvent accompagnés de carie, mais parce que cet os est souvent carié, à cause de ses rapports avec la caisse du tympan. On a remarqué

que la carie ne succédait pas aux phlegmons survenus accidentellement dans le même lieu. En observant avec attention, on s'est assuré qu'elle était la cause et non l'effet de la suppuration. Quand on trouve une communication établie entre l'abcès et la caisse du tympan, on n'en conclut plus que c'est le pus qui s'est frayé un chemin pour y arriver.

Vous vous demanderez sans doute aussi pourquoi l'on n'a jamais remarqué que le pus se fît jour à travers les autres os du crâne, plus minces, plus spongieux, et dont quelques-uns sont situés plus bas que lui, pourquoi même le conduit auditif interne, et les autres canaux qui font communiquer la caisse du tympan avec la cavité du crâne, ne sont presque jamais les voies par lesquelles le pus pénètre dans l'intérieur de l'oreille. M. Itard dit très-bien que c'est une chose *digne de remarque* que cette direction constante du pus vers le rocher. Mais quelle est la cause de cette prédilection ? N'est-il pas naturel de l'attribuer à ce que c'est la maladie de l'oreille qui détermine celle du cerveau ou de ses membranes ? La succession des symptômes peut seule faire supposer une marche inverse ; mais cette supposition s'accorde si peu avec tous les faits analogues, que, pour être admise, il faut qu'elle soit la seule qui puisse rendre compte des phénomènes observés pendant la vie.

Vous remarquerez aussi que l'otite aiguë simple présente beaucoup de symptômes qui appartiennent

aussi à l'encéphalite : tels sont les suivans que j'emprunterai à la description même que M. Itard nous en a donnée (t. Ier, page 172) : «hémicrânie, *céphalalgie qui fait dire au malade qu'il a un dépôt dans la tête.* » Vous concevez combien ce dernier symptôme peut induire en erreur. « Perte du repos et du sommeil, pouls dur, fréquent et vite, fébrile ; yeux rouges, sensibles à une vive lumière, etc. (p. 137) :» « La douleur se prolonge pendant *plus d'une semaine*, sans être suivie d'écoulement. Tout-à-coup une matière liée, mêlée de stries sanguinolentes, se fait jour au dehors par la rupture de la membrane du tympan, et coule *abondamment* sans avoir été précédée par aucun suintement séreux. »

Les contractions convulsives des muscles de la face, que M. Itard range parmi les symptômes d'encéphalite, appartiennent plutôt à l'otite aiguë, à cause du nerf facial et du rameau tympanique qui participent facilement à l'inflammation. D'ailleurs dans les inflammations du cerveau et de ses membranes, les convulsions ne se bornent pas à la face. Je n'ai pas encore eu l'occasion d'observer, et je ne sais pas si l'on a jamais noté la *tension ou l'empâtement œdémateux du cuir chevelu* dans les inflammations de l'intérieur du crâne, mais ce symptôme n'est pas rare dans les affections de l'oreille. *Le sentiment de constriction sur toute la surface des os du crâne* ne s'observe guère que dans les *empâtemens*, dont il est la conséquence. Telles sont les difficultés que

présente le diagnostic de ses maladies à l'état aigu.

Mais si les symptômes indiqués par M. Itard sont si équivoques, que penser de ceux d'affection chronique qu'il regarde lui-même comme plus obscurs? Qu'entend-il par une *congestion purulente formée lentement*, par la fonte de quelque *kyste* ou de quelque tumeur *squirrheuse* de la masse encéphalique? Quelque sens que l'on donne à ces expressions, comment concevoir que ces maladies puissent produire la carie du rocher?

Au reste, c'est sur des faits que M. Itard se fonde : je vais examiner ceux qui paraissent l'avoir convaincu. Je dis qui paraissent, parce que les observations qu'il rapporte, n'ayant pas d'autre titre que celui d'otorrhée purulente symptomatique, et n'étant suivies d'aucune réflexion, il est difficile de savoir quelles sont celles qu'il regarde comme des exemples d'otorrhée *cérébrale primitive*.

Je ne parlerai pas de celles de Morgagni, que je vous ai rapportées plus haut (*voy.* n° 5). Vous pouvez voir jusqu'à quel point elles peuvent servir à appuyer son opinion.

N.° 31.

Odontalgie, extraction pénible d'une dent, augmentation des accidens. Le douzième jour, otorrhée. Mort au bout d'un mois. — *Suppuration des cavités de l'oreille, destruction des nerfs facial et auditif, suppuration disséminée dans le cerveau, le cervelet et les ventricules.* (Itard, t. Ier, p. 254, obs. 22.)

« Guillen Rozé, âgé de 22 ans, étant attaqué, le 28 septembre 1764, d'une très vive douleur de dent, pria de la lui arracher un chirurgien, qui fut obligé de l'abandonner après sept ou huit reprises inutiles. Ces différentes tentatives augmentèrent la douleur. La fièvre survint; le malade, croyant que ces nouveaux accidens dépendaient d'une suite nécessaire de sa première douleur, fut trouver un chirurgien-expert qui lui tira la dent avec facilité. Malgré cette opération, les accidens continuèrent; on appela alors le chirurgien de la maison, qui jugea à propos de saigner le malade au bras et au pied, et de lui donner une potion earthartico-émétique. Le 6 octobre, il fut porté à l'hôpital.

» Il avait le pouls plein et agité; ses idées ne répondaient pas au jugement qu'il aurait dû se former des choses. Il fut saigné du pied dans le moment, et prit une émulsion. Il est *inutile* pour notre objet de rendre compte de tous les symptômes qui ont accompagné cette maladie, et du traitement qui lui fut

fait; il suffit de faire remarquer que, le quatrième jour de son entrée à l'hôpital, qui était le douzième de sa maladie, il se manifesta un écoulement purulent par l'oreille droite, qui dura jusqu'au 4 novembre, jour de son décès. Voyons ce qui s'est passé à l'ouverture du cadavre.

» La dure-mère était extrêmement adhérente à la membrane arachnoïde par des *points blancs ressemblant à des grains de millet,* principalement vers le *sinus longitudinal supérieur,* qui était à sec, ainsi que les sinus latéraux. Le cerveau, dépouillé de ses membranes, présentait, dans toute sa convexité, une quantité de petits tubercules remplis d'une matière purulente; en coupant sa substance par tranches, on y apercevait *des sillons de même nature.* Le plexus choroïde, qui se trouve dans les ventricules supérieurs, était tout rempli de vésicules aussi purulentes. Le cervelet n'était point exempt de cette matière; mais ce qui surprit le plus, ce fut de trouver la septième paire de nerfs du côté droit, tant la portion molle que la portion dure, tombée en suppuration et presque totalement détruite, et du pus amassé à l'entrée du conduit auditif. Pensant alors que celui qui était sorti par l'oreille pouvait venir du cerveau, on fit une dissection exacte de l'intérieur de cette oreille. Le canal vertical postérieur et l'horizontal étaient pleins d'une humeur purulente, ainsi que la rampe inférieure du limaçon et le vestibule. La membrane de la fenêtre ronde était détruite, de façon

qu'il y avait dans la caisse beaucoup de pus qui avait la liberté de sortir par dehors, au moyen d'une ouverture située au tympan. De la recherche de ces faits, on peut conclure *que le pus du cerveau*, parvenu vers la base du crâne, avait passé par le trou auditif interne, de là dans différentes parties du labyrinthe; et qu'ayant détruit la membrane de la fenêtre ronde, il s'était fait jour dans la caisse, pour aller sortir au dehors, en détruisant une partie du tympan. »

§ I. Le rapprochement de *ces faits* démontre-t-il en effet cette assertion? Il est singulier qu'on ait regardé comme *inutile* de faire mention des symptômes observés avant ou après l'entrée du malade à l'hôpital. Il est beaucoup question d'accidens, mais on ne dit pas de quelle nature ils étaient. C'etait cependant une donnée indispensable pour décider si la maladie avait commencé par le cerveau ou par l'oreille. Le douzième jour, il s'établit un écoulement purulent par le conduit auditif externe; mais qu'est-ce qui prouve qu'il n'était pas le résultat d'une otite? C'est, au contraire, ce qu'on est porté à croire, d'après les circonstances qui ont rapport à la douleur de dent et à son extraction. Le rameau tympanique, qui fait communiquer le ganglion sphéno-palatin avec le sous-maxillaire, ne peut-il pas avoir été lésé dans les efforts tentés pour arracher la dent, ou plutôt la douleur n'était-elle pas déjà l'effet de l'inflammation de ce nerf, puisque la soustraction de la dent n'a pas diminué les accidens?

L'ouverture du cadavre, quoique très-détaillée, n'en est pas pour cela plus claire. Il est évident que les *points blancs*, ressemblant à des *grains de millet*, qu'on a trouvés le long du sinus longitudinal supérieur, n'étaient autre chose que ce qu'on a appelé fort improprement *glandes de Pacchioni*. Qu'est-ce que ces petits tubercules remplis d'une matière purulente, et ces sillons de *même nature* qu'on a trouvés dans le cerveau, et les vésicules également purulentes qu'on a trouvées dans les plexus choroïdes, et le cervelet qui n'était pas exempt de cette matière? Je ne vois rien là qui ressemble à un foyer purulent capable de fournir le pus qui sortait par l'oreille. Je n'y vois que de très-petits abcès disséminés dans la substance cérébrale, et il n'est pas dit qu'aucun d'eux communiquât avec le conduit auditif interne. Remarquez en outre que le malade n'est mort qu'au bout d'un mois, qu'on aurait dû par conséquent trouver un vaste abcès dans l'intérieur du crâne, si la suppuration avait commencé dans cette cavité. Il est bien plus probable que l'inflammation s'est propagée au nerf facial, confondu avec le rameau tympanique dans l'aquéduc de Fallope, et ensuite au nerf auditif, auquel il est accolé dans le conduit auditif interne, et enfin de là au cerveau et au cervelet. Cette marche naturelle de la maladie explique, d'une manière toute simple, les différentes circonstances de cette observation.

§ II. L'observation 23, p. 256, est celle d'une jeune fille de 15 ans qui, ayant éprouvé un accident en cabriolet, eut, un mois après, des douleurs gravatives et lancinantes dans le côté droit de la tête, de l'insomnie, de la fièvre, un tiraillement douloureux dans l'œil droit et une surdité de l'oreille du même côté. Dans les efforts d'un éternument violent procuré par la poudre de Saint-Ange, il sortit un jet de pus sanguinolent par cette oreille, qui procura un soulagement subit. Au bout de six semaines, la guérison était complète. Rien, dans cette observation, ne prouve que le cerveau où ses membranes aient été affectés ni primitivement, ni même consécutivement, et je ne sais pas pourquoi M. Itard l'a intitulée *Otorrhée purulente symptomatique*.

N°. 32.

Otite aiguë à *droite*, suivie d'otorrhée purulente. Vingt et un mois après, symptômes d'inflammation chronique du cerveau et de l'arachnoïde. — *Carie du rocher, baignée d'un pus très-fétide, destruction de la dure-mère sus-jacente, abcès enkysté plein d'un pus blanc et inodore.* (Itard, t. Ier, p. 258, obs. 25.)

« Pierre Remy, infirmier à l'hôpital militaire de Paris, âgé de 60 ans, doué d'un tempérament bilieux, d'une constitution assez robuste, sujet, depuis l'âge de 40 ans, à des hémorroïdes qui fluaient le plus souvent en blanc, fut pris, à la fin de germinal

an 7, d'un léger mal de gorge, qui se dissipa en trois jours, et contre lequel il n'employa que les astringens ; peu de jours après, invasion presque subite d'une *douleur atroce dans l'oreille droite*, pour laquelle il employa, sans en retirer aucune espèce de soulagement, les injections anodines, les fumigations et les cataplasmes émolliens. Après *trois jours* de souffrances inexprimables qui ôtaient au patient le repos, le sommeil et l'appétit, sans néanmoins être accompagnées de surdité ni de beaucoup de fièvre, il s'établit tout-à-coup, par le conduit auditif, un écoulement sanguinolent et puriforme, qui pénétra en un instant les linges et les cataplasmes appliqués sur l'oreille, et continua à couler avec abondance après la levée de l'appareil. Le premier effet de cet événement fut la disparition presque complète de la douleur et de ce *sifflement* aigu dont elle avait été constamment accompagnée. La matière de l'écoulement, de sanguinolente et inodore qu'elle était, devint jaunâtre, fétide, puis blanchâtre, et peu copieuse ; redevint ensuite jaunâtre et abondante pour diminuer de nouveau; variant ainsi, pendant *vingt et un* mois, en couleur, en quantité, et dans l'odeur qui s'en exhalait. Il arriva même plusieurs fois, dans cet intervalle de temps, qu'elle se supprima entièrement, et cette suppression était immédiatement suivie de céphalalgie, de douleur dans l'oreille et de fétidité du même côté.

» Dans le mois de frimaire de l'an 9, cet infirmier, qui, à cette indisposition près, avait continué de jouir, du moins en apparence, d'une assez bonne santé, commença à maigrir et à perdre le sommeil et l'appétit. Hors d'état de continuer ses fonctions, il entra dans une salle de malades, le 17 frimaire an 9, présentant à l'observation les symptômes suivans : figure hâve et terreuse ; œil terne, *froncement extraordinaire des sourcils, comme si le malade eût été incommodé par l'éclat d'un soleil ardent, fréquente apposition de ses mains sur les diverses régions de la tête, qui,* selon son expression, *pesait un quintal*; soupirs fréquens, nausées continuelles, bouche pâteuse, haleine singulièrement fétide, langue sale et couverte d'un limon jaunâtre ; pouls petit, concentré, surtout du côté droit ; surdité incomplète de l'oreille droite, d'où s'écoulait une matière purulente peu abondante, mais verdâtre, fétide, irritant vivement les différens points des tégumens qu'elle baignait. On prescrivit une potion émétisée, qui fit rendre au malade, par le vomissement et par les selles, beaucoup de matières bilieuses, sans diminuer en proportion les nausées.

» Le lendemain, 18 frimaire, exacerbation de tous les symptômes, surtout de la *pesanteur de la tête*, que le malade laissait aller sur l'une ou l'autre épaule lorsqu'il se trouvait obligé d'abandonner le chevet de son lit ; *douleur sourde dans la même*

partie, douleur que le malade comparait à l'effet d'un serrement intérieur qui lui aurait *comprimé le cerveau ; assoupissement profond, pendant lequel l'œil gauche n'était qu'à moitié fermé.* Lorsque le malade quittait son lit pour aller à la garde-robes, *vertige,* augmentation des nausées et *du mal de tête,* selles bilieuses abondantes, dans lesquelles on trouva deux lombrics morts.

» Le 19 frimaire, au matin, l'écoulement de l'oreille était totalement supprimé, et la *douleur de l'intérieur de la tête considérablement augmentée.* Par intervalles, le malade tombait dans un *délire sourd,* pendant lequel il promenait ses mains autour de sa tête comme pour en retirer un corps dont la présence l'eût incommodé. Dans les momens lucides, il ne répondait aux questions qu'on lui faisait qu'avec beaucoup de peine et qu'après avoir en quelque sorte médité sa réponse. Le pouls était profond, irrégulier, accéléré, si concentré du côté droit que l'on avait de la peine à le sentir ; état satisfaisant de la langue et de l'abdomen ; prescription de boissons émétisées, d'un vésicatoire à la nuque, et de vapeurs émollientes dirigées dans le conduit auditif.

» Du 20 au 24 frimaire, nul autre changement que la conversion de ce délire momentané en un *délire continuel* accompagné de *spasmes tétaniques,* pendant lesquels la figure, de terne qu'elle était, prenait une teinte rouge foncé.

» Le 25, l'écoulement auriculaire reparut dans la soirée, se soutint abondamment jusqu'au lendemain matin, et disparut de nouveau. Il survint néanmoins un mieux sensible dans l'état du malade ; le délire tomba, ainsi que les spasmes ; le pouls était plus élevé, surtout du côté gauche ; le facies plus avivé, la céphalalgie et la pesanteur de la tête plus supportables.

» Ce mieux inespéré se soutint jusqu'au 30, que le malade tomba presque tout-à-coup dans un état comateux, accompagné d'une respiration stertoreuse et de mouvemens convulsifs des muscles de la face, présages assurés de la mort, qui arriva le même jour à dix heures du soir.

» Le cadavre fut porté à l'amphithéâtre, où j'en fis l'ouverture en présence du chirurgien-major de l'hôpital. Les cavités thoraciques et abdominales ne nous présentèrent rien de remarquable. En faisant l'examen de l'intérieur de la tête, nous remarquâmes que l'oreille malade, qui, depuis quelques jours, avait cessé de couler, se trouvait baignée dans une grande quantité de matière purulente. A l'ouverture du crâne, nous trouvâmes tous les sinus de la dure-mère gorgés de sang. Cette membrane, dans la partie qui recouvre la face inférieure de l'hémisphère droit du cerveau, était épaissie, adhérente en plusieurs points à la substance corticale, noirâtre, désorganisée, percée de plusieurs ouvertures dans l'endroit correspondant à la saillie du

rocher, dont elle était tout-à-fait détachée. Ces différentes ouvertures, groupées les unes près des autres, correspondaient à un foyer purulent ou plutôt à une espèce de cul-de-sac, plus étroit dans le fond qu'à son ouverture, creusé dans la substance du cerveau.

» Les parois de cette poche étaient encroûtées d'une couche de matière blanchâtre, qui, faisant corps avec la substance médullaire, paraissait lui devoir sa formation, et n'être qu'une couche fortement condensée de cette même substance. *Le pus que ce kyste contenait était blanc et inodore; celui, au contraire, qui se trouvait amassé en petite quantité entre la dure-mère et le rocher était horriblement fétide.* En portant nos recherches vers cet os, nous trouvâmes ses deux faces antérieure et postérieure dénudées, cariées, et sa substance convertie en une masse grenue et spongieuse, sans cependant que ce désordre eût nui à l'intégrité des nerfs de la septième paire, dont on voyait les deux portions pénétrer intactes dans le rocher. L'exploration de cette partie osseuse nous montra les cavités labyrinthiques pleines de pus, la caisse confondue avec le vestibule et dépourvue de ses osselets; la membrane du tympan détruite, celle qui tapisse le conduit épaissie et fongueuse, et les cellules mastoïdiennes remplies d'un putrilage infect et brunâtre. »

§ I. Toutes les circonstances de cette observation prouvent que la maladie a commencé par l'oreille :

tous les symptômes de la première période sont ceux d'une otite aiguë terminée par une suppuration abondante, qui s'ouvre une issue au dehors le troisième jour. A cette période succède une otorrhée purulente, qui dure pendant vingt et un mois, fournissant un pus âcre, fétide, etc., c'est-à-dire que l'affection des membranes de l'oreille s'étend aux os, que la carie fait des progrès et pénètre jusqu'à la dure-mère. Alors nous voyons arriver une autre série de symptômes qui sont ceux des inflammations chroniques du cerveau et des méninges : l'écoulement de l'oreille se supprime, et les symptômes cérébraux augmentent ; il se rétablit, et il survient un soulagement inespéré. Ces alternatives, dont nous avons expliqué la cause, seraient plus favorables à l'opinion de Morgagni qu'à celle de M. Itard. Mais ce qui prouve que malgré la communication qui existait à travers le rocher, malgré la coïncidence observée entre les variations des symptômes et celles de l'écoulement ; ce qui prouve, dis-je, que le pus qui sortait par l'oreille pendant vingt et un mois ne venait pas de l'intérieur du crâne, et que le pus trouvé dans le crâne ne venait pas de l'oreille, c'est que celui qui était contenu dans le kyste était *blanc et inodore*, tandis que celui qui se trouvait sous la dure-mère était horriblement fétide. Cette circonstance est décisive.

§ II. Il est remarquable que, malgré cet épouvantable désordre, l'oreille n'a jamais été complétement

sourde ; vous avez déjà vu plusieurs cas analogues, ils s'expliquent par la direction de la carie ; mais il est important de noter que la conservation de l'ouïe ne doit pas rassurer le médecin et faire porter un pronostic trop favorable.

§ III. Je ne vous rappellerai pas l'observation vingt-cinquième rapportée par M. Itard (p. 266), dans laquelle il s'agit d'une otite aiguë produite par l'action subite d'un vent froid dirigé sur l'oreille dans un moment où le corps était en sueur ; cette otite fut suivie de la carie du rocher, d'une partie du pariétal, du coronal et du temporal, de l'extraction de dix-neuf portions d'os, et enfin de la guérison presque complète du malade au bout de dix-sept mois. Je ne crois pas que M. Itard regarde cette observation comme un exemple d'otorrhée cérébrale primitive ni même consécutive, quoiqu'il l'ait intitulée *otorrhée purulente symptomatique*.

L'observation vingt-sixième est tirée de l'Histoire de l'Académie des sciences, 1784.

N°. 33.

Écoulement purulent par l'oreille *droite*, céphalalgie violente, symptômes de fièvre putride. — *Carie du rocher du côté droit, abcès enkysté dans la partie du cerveau correspondant, ramollissement de la substance environnante.*

« Une jeune fille, âgée de 18 à 20 ans, avait une fièvre continue, avec redoublement, accompagnée

de tous les symptômes qui caractérisent les fièvres putrides ; des vomissemens bilieux, vermineux; la langue fort chargée; le pouls grand et fréquent, les urines troubles, les déjections fétides. Ce qu'il y avait de particulier, c'était un écoulement de pus par le conduit de l'oreille droite, avec des douleurs de tête très-violentes. Cette espèce de suppuration avait commencé *long-temps avant* la fièvre, et l'on ignorait les symptômes qui auraient pu aider à en découvrir la cause ; car, lorsque la malade fut amenée dans l'hôpital, elle était si fort absorbée par la violence de la fièvre, qu'elle ne put jamais répondre à mes questions d'une manière satisfaisante.

» Elle mourut le 20 juin 1754. A l'ouverture de son cadavre, on enleva la calotte du crâne, en le sciant horizontalement et de façon à emporter la partie supérieure des os des tempes, à peu de distance de l'apophyse pierreuse. La scie avait déchiré la dure-mère du côté du temporal droit, et l'on fut surpris de voir, à travers l'ouverture de la dure-mère, que la substance du cerveau était *jaune*. Ayant enlevé la dure-mère, comme on examinait cette portion du cerveau, dont la *consistance* et la couleur n'étaient pas naturelles, on découvrit bientôt un corps étranger renfermé, vers cet endroit qui répondait au temporal, dans une lame du cerveau fort mince et *jaune*. Il fut mis tout-à-fait à découvert; c'était un kyste oblong, cylindrique, du volume d'un gros œuf de poule, mollet comme serait à peu près une

vessie imparfaitement pleine. Ce corps était enveloppé sans adhérence, comme dans une boîte, par l'hémisphère droit du cerveau ; inférieurement, il occupait une partie du lobe moyen, et une partie du postérieur appuyait, par une extrémité, sur la tente du cervelet, et par l'autre sur l'apophyse pierreuse; une lame fort mince du cerveau le séparait de la tente et du rocher, de même que du reste du temporal. Cette lame était d'un *jaune orangé*, et toute la surface interne de la cavité, dans laquelle le kyste était enchâssé, était de la même couleur. Elle avait aussi *moins de consistance* que la substance du cerveau n'en a naturellement. Elle était comme *dissoute* sans être fluide : c'était cette portion du cerveau ainsi corrompue, qui fournissait la matière de l'écoulement, comme nous allons le voir.

» Non seulement il ne paraissait sur le kyste aucune ouverture par où l'humeur qu'il contenait pût sortir; mais même, l'ayant pressé assez fortement, il n'en sortit rien, preuve que le pus qui coulait par l'oreille n'était pas fourni par ce kyste, mais par les parties du cerveau qui l'environnaient, et dont la suppuration était *occasionée* par la *compression* de ce corps étranger. On l'ouvrit avec un instrument, et on le trouva plein d'une liqueur qui avait presque la consistance d'un pus épais ordinaire, mais d'un jaune foncé. La tunique avait environ une ligne d'épaisseur, et était composée de deux lames. L'extérieure était une membrane lisse, polie ou mince

comme celle qui revêt le foie et les autres viscères, ou la tunique externe des intestins. La lame interne était épaisse, inégale, spongieuse, de couleur noirâtre, comme du sang caillé.

» A la face interne du temporal, il y avait une carie dont l'étendue à la surface de l'os pouvait avoir environ dix lignes de diamètre, elle occupait la partie inférieure postérieure de la portion écailleuse, et le commencement de la face supérieure du rocher, se portant jusque sur l'angle supérieur. Ce siége de la carie était le plus voisin de la partie corrompue du cerveau, et répondait à l'endroit de la dure-mère, qui avait été déchiré par la scie, ce qui empêcha de voir si elle était percée ou corrodée par le pus. Toute la face postérieure du rocher était saine, de même que le conduit auditif interne et le nerf auditif; ce qui fait voir que le pus *qui venait du cerveau*, et qui sortait par l'oreille, ne passait pas par le conduit auditif interne.

» Dans l'enfoncement formé par la portion écailleuse et le rocher, où était le centre de la carie, elle avait fait un creux dont le diamètre était d'environ trois lignes, et la profondeur de deux lignes, situé presque perpendiculairement au-dessus de l'apophyse mastoïde, avec les cellules de laquelle il communiquait. Ayant séparé avec une scie l'apophyse mastoïde et une portion de la caisse du tambour du reste de l'os, je trouvai toutes les cellules imbibées de pus et colorées de jaune. Je vis comment *le pus qui avait*

creusé l'os jusqu'aux cellules se déchargeait dans la caisse et sortait par le conduit auditif externe, laissant intacts le conduit interne et les autres organes de l'ouïe.

» Quelques jours avant la mort de la malade, le pus sortait aussi par le nez, auquel il ne pouvait être porté que par la trompe d'Eustache, sans doute lorsqu'elle était couchée sur le côté opposé à la maladie. »

§ I. Les détails minutieux dans lesquels M. Goutard est entré, sous le rapport des altérations pathologiques, font regretter qu'il n'ait pu se procurer aucun renseignement sur l'origine de la maladie ; et surtout qu'il n'ait pas mieux décrit les symptômes qu'il a pu observer depuis l'entrée de la malade à l'hôpital ; mais il avait les yeux fascinés par l'idée de *fièvre putride*....

Il est évident que le pus qui sortait par l'oreille ne venait pas du kyste, puisqu'il était entier et séparé du rocher par une lame du cerveau. Mais était-il fourni par cette même portion du cerveau, comme le prétend M. Goutard? Il dit bien qu'elle était comme *dissoute*, mais il ajoute qu'elle n'était pas *fluide*, ce qui exclut l'idée de suppuration. Bien plus, il n'est pas certain qu'il ait existé une communication de la caisse du tympan avec la cavité du crâne, car la scie avait déchiré la dure-mère, placée entre la carie et la portion du cerveau malade, en sorte qu'on n'a pu savoir *si elle était percée ou corrodée par le pus* ; et malgré cet aveu de son incertitude, il ajoute

un peu plus loin : *Le pus qui venait du cerveau et qui sortait par l'oreille ne passait pas par le conduit auditif interne*. Ainsi il ne sait pas si la dure-mère était altérée, il sait que le conduit auditif interne ne l'était pas, et il ne doute pas que le pus ne soit venu du cerveau.

En supposant qu'il ait existé un vaste foyer qui du cerveau aurait communiqué avec la cavité du tympan, il resterait encore à démontrer que la maladie a commencé par le cerveau, et que le pus s'est ouvert une route à travers le rocher. C'est ce qu'on ne pourrait faire qu'à l'aide des symptômes, et ici il n'y faut pas penser. Enfin en admettant cette supposition, comment expliquer la formation de cet abcès enkysté vis-à-vis du rocher carié? Comment le pus de ce premier abcès est-il resté sans influence sur la maladie de l'os (car il en était séparé par une lame de substance cérébrale)? D'où vient l'altération qui environnait ce kyste? Pourquoi l'os était-il déjà profondément altéré, lorsqu'à peine la substance cérébrale ramollie était en suppuration?

§ II. Rien de plus facile à expliquer, au contraire, si vous admettez que la maladie a commencé par la caisse du tympan; le voisinage de cette affection a produit une inflammation du cerveau, qui s'est terminée par suppuration, autour du pus s'est organisé un kyste : nous en avons vu un assez grand nombre d'exemples. La carie s'est emparée de l'os, s'est approchée de la dure-mère, l'a enflammée, et a déter

miné l'explosion d'une nouvelle inflammation de la substance cérébrale voisine, laquelle s'est étendue autour du kyste, et a causé la mort avant que le pus ait eu le temps de se réunir en foyer. C'est donc à cette dernière inflammation, récente, aiguë, et non pas au kyste, qu'il faut attribuer la plupart des symptômes de la dernière maladie et la mort.

§ III. Quant aux vomissemens bilieux, à l'état de la langue, etc., je dois vous rappeler que les organes digestifs sont souvent péniblement affectés par la déglutition fréquente d'une petite quantité de pus, ou, pour mieux dire, de sanie qui arrive dans le pharynx par la trompe d'Eustache. Vous en verrez bientôt des exemples frappans.

§ IV. Dans la 27e. observation de M. Itard, il n'est question que de petites glandes *dures, rénitentes, comme squirrheuses,* trouvées dans le cervelet, tout le reste de la cavité du crâne était dans l'état naturel; il n'est pas même question du rocher, et je ne comprends pas pourquoi M. Itard a appelé cette observation *Otorrhée purulente symptomatique.*

La dernière qui porte ce titre est celle de M. Leblanc, chirurgien à Orléans, consignée par lui-même dans le 17e. volume de l'ancien Journal de médecine. Quoiqu'elle soit fort intéressante, elle contient cependant des détails minutieux qu'il est inutile de conserver.

N°. 34.

Céphalalgie, surdité, fièvre, contractions spasmodiques, insomnie pendant cinquante-six jours, soulagement subit après une irruption de pus par l'oreille gauche. Vingt jours après, écoulement par l'oreille droite, rechute, guérison complète au bout de deux ans.

M. Leblanc, étant à la Monnaie, avança par curiosité la tête au-dessus des moules dans lesquels un ouvrier versait de l'argent fondu, et se sentit frappé d'un coup violent, semblable à celui d'une commotion électrique, qui se fit sentir principalement dans l'intérieur de la tête, et se communiqua dans les bras et dans les jambes; il perdit connaissance et conserva une céphalalgie habituelle accompagnée de pesanteur. Le sixième jour, surdité complète. Au bout de huit jours, céphalalgie violente avec sentiment d'écartement des os du crâne; fièvre; dureté du pouls. Dans les sept jours suivans, onze saignées, tant au bras qu'à la jugulaire, au pied et à l'artère temporale; soulagement momentané. Jusqu'au quinzième jour, douleurs si violentes, surtout le soir, qu'elles déterminent, dans les muscles de la face et dans tous les membres, des contractions et des *raidissemens* involontaires accompagnés de besoin de déchirer, et

suivis d'une faiblesse extrême ; insomnie opiniâtre ; soubresauts dans les poignets; pouls petit et concentré; sentiment d'un poids énorme vers la suture sagittale du côté gauche.

Dans les quinze jours suivans, légère diminution de la douleur de la tête, persistance des autres symptômes. Du trentième au cinquante-sixième, contractions plus fréquentes et plus violentes ; exaspération des douleurs rapportées à la dure-mère ; sentiment d'écartement entre les sutures, d'une sorte de *déchirement, ou plutôt de décollement intérieur, depuis la suture sagittale jusqu'à l'oreille gauche.*

Le siége de la douleur indiquait, suivant M. Leblanc, que le foyer de pus était sous le crâne, entre la dure-mère et le pariétal gauche, et qu'il n'y avait d'autre parti à prendre que d'appliquer une couronne de trépan, afin de donner issue à la matière.

Lecat, son ami, fut mandé en conséquence, et arriva le quatrième jour ; mais, une heure auparavant, le malade qui, depuis cinquante-six jours, n'avait pas dormi, malgré tous les somnifères, s'assoupit pour la première fois pendant une demi-heure, et trouva, à son réveil, son coussin mouillé de pus qui sortait par l'oreille gauche, par un fil continu, comme d'une source, ce qui le soulagea beaucoup et rendit l'opération inutile. Pendant quinze jours, l'écoulement fut considérable ; il sortait de *dix-huit à vingt* gouttes de pus par heure ; il évalue à *cinq*

onces ce qui sortit dans les huit premiers jours. Pendant six mois, l'écoulement se réduisit peu à peu de cinq à deux ou trois gouttes par jour, et ensuite à cinq ou trois gouttes par semaine.

Le dixième jour de cet écoulement, le malade sentit au sommet de la tête dans l'intérieur, vers la suture sagittale, une espèce de *mouvement douloureux*. Il lui semblait qu'un liquide passait du côté gauche au côté droit, et descendait jusqu'à l'oreille; le sommeil fut de nouveau interrompu; mais il revint au bout de vingt jours, après l'écoulement de quelques gouttes de pus par l'oreille *droite*. En secouant la tête, il sentait, sous le pariétal gauche, une espèce d'ondulation à peu près semblable à celle qu'on produit en secouant une fiole aux deux tiers pleine d'huile, et il avait un bourdonnement considérable dans les oreilles; il en sortait de temps en temps un bruit qui a été plusieurs fois entendu par quelques-uns de ses confrères. Vers le quatre-vingt-dixième jour, l'ouïe commença à revenir, mais elle ne fut entièrement rétablie qu'au bout de dix ans.

Le volume de la tête était tellement augmenté que M. Leblanc ne put mettre ni sa perruque ni son chapeau: celui qu'il fit faire avait cinq lignes de diamètre de plus que l'ancien; ainsi la circonférence de la tête avait augmenté de quinze lignes, quoique l'œdème du cuir chevelu fût entièrement dissipé. Le pariétal gauche parut un peu plus élevé que le droit.

M. Leblanc fait observer qu'il a toujours conservé le jugement et la mémoire.

Dans sa convalescence, il se trouva bien des mouvemens de la voiture, qui facilitaient l'écoulement du pus, dégageaient la tête et diminuaient la fréquence des contractions spasmodiques des muscles de la face. Cependant, ayant été obligé de faire en hiver une course de douze lieues dans des chemins très-raboteux, il fut repris de douleurs aussi vives que la première fois. Quelques jours après, il parut une petite tumeur derrière l'oreille *gauche*, insensible au toucher, et paraissant formée par le gonflement du corps de l'os; elle devint douloureuse. On proposa de perforer l'os et de le cautériser pour donner issue à la matière; mais le malade avait été si bien servi par la nature une première fois, qu'il s'y refusa. Le pus sortit par l'oreille et la tumeur se dissipa.

Plus tard, l'écoulement cessa pendant deux mois : alors pesanteur et douleur de tête, malaise général, coryza, perte de l'odorat et de l'appétit, odeur de pus. Quelques jours après, pesanteur douloureuse de l'estomac, nausées fréquentes; après quelques tasses de thé, violens efforts de vomissemens, expulsion d'une grande quantité de matières purulentes, épaisses et d'une puanteur extrême, que le malade sentait descendre des fosses nasales dans le gosier et dans le nez. A dater de ce moment, disparition de tous les symptômes; retour de l'odorat, de l'appétit, des forces et de l'embonpoint.

§ I. Cette observation, intéressante par les détails qu'elle renferme sur la cause et la marche de la maladie, nous offre en même temps un exemple de guérison dans un cas tout-à-fait désespéré. Mais cette otorrhée était-elle, comme le prétend M. Itard, cérébrale primitive, ou, en d'autres termes, l'écoulement purulent des oreilles doit-il être attribué à une inflammation du cerveau ou de ses membranes, terminée par suppuration ? Le pus s'est-il frayé une voie à travers le rocher jusqu'à la cavité du tympan, etc.? Si quelques circonstances isolées paraissent favorables à cette opinion, il suffit de les examiner dans leur ensemble pour faire voir combien elle est invraisemblable.

M. Leblanc était déjà complétement sourd le sixième jour de la maladie, et ce n'est que deux jours après que la céphalalgie devint violente. La maladie a donc commencé par l'oreille. M. Leblanc n'a jamais perdu la mémoire ni le jugement; il n'a existé ni somnolence ni coma : les convulsions avaient un caractère particulier; elles étaient produites, comme le dit le malade lui-même, par l'excès de la douleur, et accompagnées d'envie de déchirer ; elles finirent par être bornées à la face : ce qui me ferait croire qu'elles étaient dues à l'affection du nerf facial renfermé dans l'aquéduc de Fallopia.

Il est vrai que la grande quantité de pus qui sortit par l'oreille fut très-considérable ; mais les otites simples n'en fournissent-elles pas quelquefois autant ?

D'ailleurs, je ne prétends pas que l'inflammation ait été bornée à l'oreille, je dis seulement que le pus qui est sorti par cet organe ne s'est pas fait jour à travers le rocher après s'être formé dans le cerveau.

Je ne puis pas concevoir que deux abcès se soient formés dans l'intérieur du crâne sans que le malade ait perdu connaissance, ait été paralysé, dans un état comateux, etc., et que ces deux abcès se soient ouverts l'un dans l'oreille droite, l'autre dans l'oreille gauche. Je conçois encore plus difficilement qu'il n'ait existé qu'un seul abcès assez vaste pour communiquer d'une oreille à l'autre.

Si, ayant égard à la quantité de pus sortie par chaque oreille, vous pensiez que celui qui s'est écoulé en si grande quantité par la droite venait du cerveau, tandis que l'autre était fourni par la seule cavité du tympan, je vous ferais observer que les deux maladies ont commencé en même temps; que, dès le sixième jour, la surdité avait affecté les deux oreilles; enfin, je vous demanderais pourquoi, du côté droit, la maladie n'aurait pas commencé par l'oreille, tandis que du côté gauche l'oreille seule aurait été malade.

§ II. Telles sont les observations qui paraissent les plus favorables à l'opinion d'Avicenne, de Laubius et de Bonet, adoptée par M. Itard. Vous pouvez maintenant l'apprécier à sa juste valeur; il serait, je crois, inutile de la discuter.

Je ne puis m'empêcher de vous rapporter ici un fait intéressant, qui n'a plus de rapport aux opinions que nous venons d'examiner, mais qui se rattache à l'histoire des maladies du rocher et du cerveau.

N°. 35.

Coup à la tempe gauche, céphalalgie habituelle. Au bout de neuf mois, délire, agitation. Dix-neuvième jour, faiblesse du bras droit, diminution de la sensibilité. Mort le vingt-deuxième. — *Exsudation couenneuse à la surface de l'arachnoïde, épanchement dans les ventricules, kyste rempli de sang dans l'hémisphère gauche du cervelet, substance cérébrale environnante jaune-verdâtre, carie du rocher sous-jacent.*

Prévot Joseph, chargeur, âgé de 40 ans, d'une constitution athlétique, reçut un coup violent, qui porta, dit-on, sur la joue droite et sur le bras droit. Traité à Saint-Louis et promptement guéri, il reprit ses rudes travaux sans éprouver le moindre dérangement apparent dans sa santé, jusqu'à ce que, neuf mois après, il ressentit sans cause connue une vive céphalalgie frontale suivie de délire : il fut saigné une fois, prit l'émétique, et fut transporté, au bout de quinze jours (17 juillet 1817), à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Charles, n°. 2.

Délire violent, loquacité incohérente, voix éclatante, agitation extrême, efforts considérables pour rompre les entraves qui l'assujettissaient; face rouge,

animée, conjonctives injectées, langue sèche et rugueuse à son centre, humide sur les bords, ni rouge ni pâle, peau chaude sans être sèche, pouls dur sans fréquence, ventre dur et contracté, mais paraissant insensible à la plus forte pression; réponses quelquefois justes et raisonnables : par exemple, le malade répéta plusieurs fois qu'il avait reçu un coup à la tempe *gauche*, qu'il avait conservé depuis lors une vive douleur vers la tempe droite, qui augmentait quand il faisait de grands efforts, ou qu'il se couchait sur le côté gauche; cependant les tégumens du crâne n'étaient pas douloureux (saignée de trois palettes), nuit agitée.

Le 18 juillet (environ dix-huitième jour de la maladie), augmentation du délire; du reste, mêmes symptômes. (24 sangsues aux tempes et derrière les oreilles, saignée du pied de 3 palettes; foment. émoll. sur le ventre, lavement frais, sérum, diète.) A 4 heures du soir, assoupissement profond, pouls rare; à 5, retour du délire, de l'agitation, etc., qui se calment dans la nuit.

Le 19, sommeil profond, ouïe dure, peau presque insensible, membres flasques, obéissant à leur propre poids, face assez colorée, mais froide et grippée; pouls *rare*. Le malade, fortement secoué, se réveille après avoir long-temps bâillé, ne se plaint que de beaucoup d'appétit, et boit avec avidité. Face plus naturelle, pouls moins lent, bras gauche sensible et

mobile, bras *droit* très-faible, vacillant et incertain dans ses mouvemens, réponses assez justes. (Saignée de 3 palettes, foment. émol.) Le soir, amélioration des fonctions intellectuelles, mais parole plus embarrassée, ouïe plus dure; diminution de la sensibilité du bras *droit*; peau fraîche, pouls naturel.

Le 20, face amaigrie, air étonné, stupide et indifférent, ouïe plus dure; du reste, même état du pouls, de la peau, etc. (Saignée de deux palettes, 18 sangsues à la tempe et derrière l'oreille droite, lavement frais, sérum.)

Le 21, même état (prescription absolument la même). Le soir, pouls plus facile à déprimer, mais toujours aussi rare.

Le 22, nul changement à la visite du matin, mais dans la journée il survint un vomissement de matière blanchâtre semblable à du pus. (Sérum, lavement frais, pédiluves tièdes, vermicelle et bouillie.)

Le 23, peau très-chaude, sèche, pouls dur et fréquent, battemens du cœur désordonnés, étendus jusqu'à l'épigastre; respiration *bruyante, accélérée*; expectoration abondante d'une matière blanchâtre semblable à celle qui a été vomie la veille, haleine fétide, voix sourde et voilée, poitrine sonore; même état de l'intelligence, des sens et du bras *droit*. Nulle céphalalgie, nul assoupissement, abdomen souple, insensible à la plus forte pression (6 sangs. vers les

apophyses mastoïdes, 12 à l'épigastre ; saignée de deux pal., eau de gomme, lav. frais, foment. à l'épigastre). Mort à 3 heures après midi dans le coma le plus profond et l'insensibilité la plus complète.

Examen du cadavre, quarante heures après la mort : maigreur assez prononcée, membres raides, tendus, peau de couleur naturelle.

OEsophage rempli d'une matière blanchâtre analogue à celle qui avait été vomie et expectorée ; membrane muqueuse pâle.

Estomac mou, membrane muqueuse parsemée de quelques plaques et stries rougeâtres ; *intestins* remplis de matières liquides, saburrales, jaunâtres ; membrane muqueuse saine. *Foie* peu consistant, vésicule pleine d'un liquide brun aqueux ; *rate* petite.

Thorax. *Poumon* gauche adhérent aux côtes par du tissu cellulaire, du reste sain et crépitant, ainsi que le droit. *Bronches* pâles, *cœur* pâle et mou, facile à déchirer. Un peu de sérosité sanguinolente dans le péricarde.

Aorte, dans quelques points, d'un rouge très-foncé.

Tête. Adhérence couenneuse, comme gélatineuse, entre l'arachnoïde qui tapisse la dure-mère et celle qui recouvre le cerveau ; elle se détache à mesure qu'on soulève la dure-mère ; arachnoïde injectée. *Ventricules latéraux* dilatés, d'une capacité double de celle qui leur est ordinaire, contenant cependant peu de sérosité ; arachnoïde qui les tapisse épaissie, celle du ventricule du cervelet couverte de granula-

tions ; septum lucidum plus épais ; tissu du cerveau sain. A la partie inférieure et postérieure du lobe gauche du *cervelet*, entre la pie-mère et l'arachnoïde, tumeur du volume d'un petit œuf, aplatie transversalement, logée dans un espace à peu près triangulaire, situé entre la protubérance annulaire et le prolongement postérieur du cervelet. Substance cérébrale environnante *d'un jaune verdâtre*, facile à séparer du kyste. A l'intérieur de ce kyste, plusieurs grumeaux d'un sang épais décomposé, dont quelques-uns du volume d'une cerise. Au-dessous du kyste, carie de la face postérieure du rocher; destruction d'une partie de cet os et du conduit auditif interne (1).

§ I. C'était du côté gauche qu'existaient la carie et le kyste : cette circonstance rend probable le récit du malade, qui, au milieu de son délire, répéta plusieurs fois que le coup avait porté sur la tempe gauche; mais on peut douter que ce soit dans la région temporale droite qu'ait été fixée la douleur qu'il a ressentie depuis l'accident. Peut-être qu'il s'est mal expliqué ou qu'on l'a mal compris. Ce qui est plus

---

(1) Je dois une partie des détails les plus circonstanciés de cette observation aux notes que le docteur Deslandes recueillait plusieurs fois par jour au lit du malade, et qu'il eut la bonté de me communiquer; elles m'ont éclairé sur plusieurs points auxquels je n'avais pas attaché assez d'importance, et m'ont convaincu de plus en plus de la nécessité de tenir compte de toutes les données du problème que présente chaque maladie jusqu'à ce qu'on en ait la solution.

certain et plus important à noter, c'est que, loin de jouir, comme on le pensait, d'une santé parfaite, pendant neuf mois, il n'a cessé d'éprouver des symptômes qui auraient pu faire soupçonner une maladie chronique des os du crâne ou des organes contenus dans sa cavité.

§ II. La carie du rocher paraît avoir été déterminée par quelque fracture de cet os, et l'épanchement de sang a sans doute été produit en même temps et par la même cause que la fracture. Un kyste s'est organisé autour du sang comme autour du pus; la substance cérébrale s'est accoutumée à la présence de ce corps étranger, et a repris ses fonctions comme dans les cas d'abcès enkystés.

Pendant ce temps, la carie a fait des progrès, a détruit le conduit auditif interne et une grande partie du rocher. Cependant il n'est pas question d'écoulement purulent par le conduit auditif externe: par où donc s'écoulait le pus fourni par la carie? Par la trompe d'Eustache, comme le prouve le reste de l'observation. Mais la carie s'étant étendue jusque sous la dure-mère, il en résulta une inflammation de cette membrane et de l'arachnoïde. C'est à cette dernière qu'il faut attribuer les symptômes observés pendant les dix-huit premiers jours. Elle a laissé à la surface des hémisphères une exsudation *couenneuse* comme *gélatineuse*, et dans les ventricules, sinon beaucoup de sérosité, du moins une augmentation

considérable de leur capacité, un épaississement de l'arachnoïde, des granulations à sa surface, altérations qui coïncident avec les premiers symptômes.

§ III. Le dix-neuvième jour de la maladie, on remarqua un commencement de paralysie du bras droit, qui augmenta le lendemain, et le malade mourut trois jours après. Ce nouveau symptôme doit être attribué à l'inflammation de l'hémisphère gauche du cervelet et de la partie correspondante de la protubérance cérébrale, puisque la substance cérébrale qui environnait le kyste était d'un *jaune verdâtre*. Cette partie, comme vous devez l'avoir remarqué, reposait sur la carie. Ce cas est donc encore un exemple de l'influence de la maladie du rocher sur les organes contenus dans la cavité du crâne. Il ne diffère de la plupart des précédens que par la cause de la carie et la nature de l'épanchement autour duquel s'est organisé le kyste.

§ IV. Comment expliquer les vomissemens de matière *blanchâtre* et *purulente* qui survinrent tout à coup le vingt-deuxième jour, et l'expectoration abondante de matière semblable qui eut lieu le lendemain? Ce problème fit naître, dans le temps, bien des discussions parmi les nombreux élèves qui suivaient la clinique de M. Récamier : quelques-uns, se fondant sur les *plaques* ou *stries rougeâtres* trouvées à la surface de la membrane muqueuse de l'estomac, crurent pouvoir tout expliquer en ad-

mettant une inflammation de cet organe; mais une gastrite ne produit pas du pus. D'ailleurs ce n'est que le lendemain de ce vomissement extraordinaire qu'on observa, pour la première fois, des symptômes de gastrite. Jusqu'à cette époque, le pouls avait toujours été lent et rare. La peau n'avait jamais été sèche et brûlante, ni la langue rouge, ni le ventre douloureux. D'un autre côté, on n'avait pas trouvé de cette matière purulente dans l'estomac, et la membrane muqueuse de l'œsophage, qui en était couverte, était pâle. Enfin celle des bronches était aussi parfaitement saine, quoique le malade en ait aussi rendu par expectoration. D'après ces considérations, on s'arrêta généralement à l'idée que le pus avait été exhalé par les membranes muqueuses sans inflammation préalable, à la manière des mucosités.

Vous trouverez sans doute bien singulier qu'on ait eu recours à une supposition aussi extraordinaire pour expliquer un phénomène aussi simple. Vous vous rappelez les observations que je vous ai citées (n. 19, § II et III), dans lesquelles la membrane muqueuse du tympan étant intacte, la suppuration passait par la trompe gutturale. Vous venez de voir que M. Leblanc vomit une grande quantité de pus qu'il avait avalée, etc.; et je n'ai pas besoin de vous dire que cette matière purulente venait de l'oreille, que le malade, au lieu de la cracher, l'avait avalée. Vous concevez que c'est la présence de cette sanie qui

a produit les symptômes de gastrite ; que le lendemain le malade étant presque à l'agonie, une partie de cette sanie s'introduisit dans le larynx ; de là expectoration, gêne de la respiration, menace de suffocation, et par suite trouble proportionné dans la circulation ; changement de la voix, fétidité de l'haleine. Cela vous explique aussi pourquoi l'on a trouvé du pus dans l'œsophage, quoiqu'il n'en existât pas dans l'estomac.

Je terminerai par quelques observations de carie de l'ethmoïde et du sphénoïde, qui ont avec les précédentes la plus grande analogie.

N°. 36.

Céphalalgie, suppuration sanieuse par la narine gauche, expulsion de portions d'os cariés, hémiplégie à gauche. — *Perforation du crâne au-devant de la selle turcique, suppuration à la base du crâne.* (G. Frank, Ephem. germ., decur. II, an VI.)

Jean-Chr. Otto, âgé de 26 ans, d'un tempérament mélancolique, éprouva pendant plusieurs années dans la tête, et surtout dans le nez, un embarras accompagné d'une douleur vive qui s'étendait vers la tempe droite, et une difficulté dans le passage de l'air par la narine du même côté. Ensuite il s'écoula par la narine gauche une matière sanieuse mêlée de sang, en sorte que cela ressemblait beaucoup à un

ozène avec tumeur à la racine du nez. Neuf mois après, ayant éprouvé de la douleur et rendu de la matière purulente, il éternua comme pour débarrasser les narines, et rendit un petit os sous forme de lamelle. Cependant, la douleur de tête et la tumeur du nez persistèrent; ensuite, il sortit par la narine gauche une matière sanieuse, quelquefois sanguinolente. Le malade perdit l'odorat; sa voix s'altéra. Deux mois après, il sortit encore par les narines un petit os poreux, comme carié, et de la sanie sanguinolente. (Décoction de plantes vulnéraires aspirée par les narines.) Enfin, son bonnet étant tombé à l'église, il voulut le ramasser avec sa main gauche, mais il ne put y parvenir, à cause de la paralysie du côté gauche, à laquelle participaient l'œil, la joue et la bouche; ce qui fit porter à Frank le pronostic le plus fâcheux : en effet, la paralysie fit des progrès, et le malade mourut au bout de quelques jours, après avoir éprouvé des mouvemens convulsifs des muscles de la face.

La partie supérieure du cerveau était en assez bon état; mais on trouva dans les ventricules latéraux une matière ichoreuse épaisse qui avait gagné le troisième ventricule. En avant de la selle turcique, immédiatement sous l'entrecroisement des nerfs optiques, vers l'origine de la moelle épinière, il y avait un trou au crâne de l'étendue d'une aveline, plein d'une matière épaisse et purulente, contenue dans une membrane propre; ce trou transmettait

dans le nez la matière à mesure qu'elle se formait. La substance médullaire du cervelet en était enveloppée.

§ I. Vous voyez ici la même série de phénomènes que dans des affections de l'oreille. Il est probable que la maladie a commencé par les sinus sphénoïdaux, puisque la perforation de la base du crâne existait au-devant de la selle turcique. Les sinus frontaux y ont probablement participé, puisque le nez était gonflé vers sa base; mais on ne s'est pas donné la peine d'y regarder. Cette carie du sphénoïde a produit l'inflammation de la dure-mère, qui s'est perforée; cette inflammation a été partagée par l'arachnoïde et par le cerveau susjacent : de là l'hémiplégie.

La *membrane propre*, dans laquelle on trouva de la sanie purulente, était peut-être un kyste semblable à ceux que nous avons vus, formant dans le cerveau un sac dont l'ouverture communiquait avec la carie du rocher; mais la description est si obscure, qu'il n'est pas possible de l'affirmer.

§ II. J'ai vu, dans les salles de clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, une vieille femme à laquelle M. Dupuytren avait pratiqué la ligature d'un très-gros polype qu'elle avait dans les fosses nasales. Deux ou trois jours après, elle eut du délire, des mouvemens convulsifs, puis de l'assoupissement; le polype étant tombé et la maladie nouvelle offrant tous les carac-

tères d'une fièvre *ataxique*, on ne crut pouvoir mieux faire que d'envoyer la malade à M. Récamier; mais elle était déjà dans un état comateux dont rien ne put la tirer : elle succomba sept à huit jours après. Nous trouvâmes que le polype avait sa racine dans les sinus frontaux; elle était comme pourrie; les sinus étaient pleins de matière puriforme. La dure-mère correspondante était décollée, rouge, facile à déchirer et recouverte de pus, ainsi que toute la base du crâne; plusieurs points de la partie inférieure des hémisphères étaient injectés, violacés et ramollis. J'ai vu des accidens analogues à la suite de l'extraction d'un polype dont la base se dirigeait vers la voûte des fosses nasales; mais le malade n'est pas mort. Il y a, dans ce moment, à l'hôpital Saint-Éloi un militaire qui est dans le même cas. Peut-être serait-il prudent de ne jamais opérer les polypes volumineux qui se dirigent vers la base du crâne.

Jean Albrecht rapporte (Académ. méd., T. VII, p. 13) l'observation suivante, qui a beaucoup d'analogie avec celle de Christophe Otto; mais elle est incomplète.

N°. 37.

Céphalalgie ancienne, fièvre aiguë, délire, coma, convulsions, irruption par les narines d'une très-grande quantité de pus. Mort.

Une jeune personne de 12 ans se plaignait, depuis plus d'une année, d'un violent mal de tête. Tout à

coup elle eut une fièvre qui augmenta rapidement, ainsi que la douleur de tête. Il survint un délire violent, qui, le cinquième jour, dégénéra en une profonde léthargie. La malade ne parlait plus, n'ouvrait plus les yeux ; seulement elle sentait les piqûres qu'on lui faisait. Le dixième jour, elle fut agitée de mouvemens spasmodiques de tout le corps ; après quoi, il sortit avec impétuosité par les narines plusieurs livres d'un pus très-blanc ; elle en rendait environ une once à chaque expiration : ce pus était mêlé de quelques particules d'une matière qui ressemblait à la substance du cerveau tombée en colliquation. La malade mourut pendant cette évacuation, qui continua encore quelques heures après la mort.

§ I. Le mal de tête dont se plaignait cette jeune personne depuis plus d'une année était très-probablement, comme chez Otto, le résultat de quelque carie de la base du crâne. L'inflammation aiguë du cerveau et de l'arachnoïde, qui en a été la suite, a produit le délire, la léthargie et les convulsions. Il est fâcheux qu'on n'ait pas fait l'ouverture du cadavre ; mais vous pouvez maintenant très-bien vous faire une idée des altérations qu'on aurait rencontrées.

§ II. A la suite de cette observation, on trouve ce qui suit :

« Wédée atteste avoir vu de la substance du cerveau, comme dissoute, sortir par les narines dans les nouveau-nés épileptiques.

» Henri de Heers et quatre autres médecins ont vu aussi une dame, dans un violent accès d'épilepsie, rendre par la narine droite le processus mamillaire avec une portion considérable du cerveau. »

N°. 38.

Douleur au front, fièvre, délire, convulsions, léthargie, éternument provoqué, irruption de pus par les narines, guérison.

Morgagni, dans sa lettre sixième, n°. 5, en parlant d'une observation de léthargie rapportée par Bonet, ajoute :

« Cela me rappelle un fait que m'a conté un médecin que j'ai coutume de louer à juste titre, je veux parler d'Albertini (H.-F.)

» Un curé de campagne, étant resté long-temps exposé au soleil, eut une violente fièvre *double tierce continue,* suivie de délire, de convulsions et de léthargie, et devint si malade qu'il fut abandonné des médecins. Le quatorzième jour, on croyait qu'il allait périr, lorsqu'après une abondante évacuation d'urine et des sueurs copieuses, il fut le jour même presque entièrement délivré de la fièvre. Cependant, comme il restait dans un état léthargique, Albertini, voyant que la maladie générale avait cédé, mais non celle qui avait son siége dans le lieu particulier dans lequel il soupçonnait qu'un abcès s'était formé (parce qu'il savait depuis long-temps que la maladie avait com-

mencé par une douleur au front), il osa, suivant ses propres expressions, tenter la rupture de cet abcès, en plaçant, sous les narines du malade, de la poudre de tabac, et en lui criant de l'attirer en haut, ce qui, ayant été exécuté, détermina une secousse d'éternument suivie de l'irruption par le nez d'une quantité abondante de pus sanguinolent. Le malade fut débarrassé par cette voie, et déjà le vingt et unième jour il se portait bien, si ce n'est qu'il était sujet à des vertiges, à des sifflemens dans les oreilles, et à d'autres incommodités de ce genre, qui durèrent pendant quelques années.

§ I. La douleur du front, qui existait depuis longtemps, et l'évacuation du pus par le nez indiquent assez que l'inflammation aiguë qui a produit l'abcès, et les symptômes rapportés par Albertini, avaient été déterminés par quelque carie de la voûte des fosses nasales : ce cas est tout-à-fait semblable à celui d'Otto et de la même nature que ceux de carie du rocher.

Quant à l'effet du sternutatoire, il serait bien possible qu'Albertini eût un peu brodé son histoire en la racontant à Morgagni : il passait parmi ses collègues pour avoir beaucoup de savoir-faire. Cependant on pourrait en essayer ; dans une circonstance semblable, vous avez vu que le même moyen avait déterminé la rupture de la membrane du tympan dans un cas d'otite terminée par suppuration. (*V*. Observ. 31, § II.)

§ II. Dodoens (Observ. médic., T. VII) rapporte

une observation qui paraît de même nature que les précédentes. La malade dont il parle se plaignait de maux de tête; elle avait une envie de dormir insurmontable; la fièvre survint, le coma augmenta. Dodoens, appelé à la fin de la maladie, prescrivit des saignées, des ventouses, etc.; mais la malade mourut peu de temps après. Il trouva à la partie antérieure du cerveau un abcès dont le pus était adhérent à la surface des os du crâne; il en était sorti par les narines un peu avant la mort.

Vous voyez que cette observation, comme presque toutes celles qu'on trouve dans les anciens, manque des détails les plus importans. On ne sait rien sur ce qui a précédé la maladie du cerveau, on ne dit pas comment le pus avait passé dans les fosses nasales. Nous en sommes réduits aux conjectures; mais il est probable que, dans ce cas-ci comme dans les précédens, c'est la carie de quelques uns des os qui forment la voûte des fosses nasales, qui a donné lieu à l'inflammation du cerveau.

§ III. Je reproduirai les mêmes réflexions au sujet d'une observation tout-à-fait semblable, que vous trouverez dans Bonet (L. Ier., sect. III, Obs. 31). Il s'agit d'un enfant mort le quatorzième jour dans un état soporeux, sans fièvre. On trouva au-dessus de l'orbite du côté gauche, dans la substance cérébrale, près des nerfs optiques, la cavité d'un abcès, vide et de la capacité d'une châtaigne (pendant qu'on sciait le crâne, le pus s'était écoulé par les

narines). En examinant le cerveau, on fit sortir des ventricules une demi-livre de sérosité claire.

Ainsi l'on n'eut pas la curiosité de chercher par où le pus avait passé du crâne dans les narines, c'est pousser loin l'incurie. J'ai dû cependant vous faire connaître ces observations, parce qu'on les a citées et qu'on pourrait les citer encore pour prouver que des abcès formés dans la cavité du crâne peuvent se faire jour à travers l'un des os qui forment la voûte des fosses nasales, *sain auparavant*, pour se vider par le nez; tandis que, dans toutes les observations un peu détaillées que je vous ai rapportées, il a été évident que la maladie avait commencé par les os. Ceci confirme d'autant mieux ce que je vous ai dit au sujet des otorrhées *cérébrales primitives*, qu'il y a une plus grande différence entre le rocher et la lame criblée de l'ethmoïde, ou le feuillet extrêmement mince qui recouvre les sinus sphénoïdaux, tant pour l'épaisseur que pour la densité; car, si les abcès qui se vident à travers ces derniers ont toujours été précédés de carie, que faut-il penser de ceux qu'on suppose avoir détruit le rocher?

Abcès enkystés du cerveau.

Formation du kyste. Il résulte des observations d'abcès enkystés que je vous ai rapportées dans cette Lettre et dans la précédente, qu'à la suite des suppurations du cerveau, lorsque le malade survit assez long-temps, un kyste s'organise autour du pus,

comme il s'en forme autour de tous les corps étrangers qui séjournent dans les tissus vivans, autour des caillots de sang, par exemple, dans les hémorrhagies cérébrales, autour des balles et des portions d'os enfoncées dans le cerveau (1).

---

(1) Vous en trouverez un exemple remarquable dans le Bulletin de la Société de l'École de Médecine de Paris, décembre 1810, n°. 10. Il s'agit d'un militaire qui reçut au front un coup de feu, à la suite duquel il conserva une fistule qui se ferma et se rouvrit plusieurs fois. Au bout de dix-huit mois, céphalalgie, morosité, sensibilité de la peau du crâne, diminution des forces, violent accès d'épilepsie, mort subite. A l'ouverture du cadavre, M. Langlet trouva le lobe antérieur droit presque entièrement converti en pus; au milieu du foyer, une balle aplatie sur un côté, déchirée sur son bord, pesant environ sept gros, entourée d'une sorte de bourse membraneuse, ayant un pédicule d'un pouce de longueur, qui adhérait intimement à la méninge, à l'endroit de la fistule.

Une chose qui m'a frappé dans presque toutes les observations analogues que j'ai lues, c'est que les malades, guéris en apparence depuis un temps fort long, après avoir éprouvé quelques légers maux de tête, sont morts tout à coup et presque toujours au milieu de convulsions semblables à celles d'un accès d'épilepsie. Voy. dans l'ancien Journal de Médecine, 1764, t. XX, p. 553, une observation de M. Volaire sur une moitié de balle restée dans le cerveau pendant deux ans sans causer d'accidens, suivie de mort subite, etc.; dans les Mélanges de Schmucker (Chir. Bibl. 4. B. p. 33), une observation de M. Rambour sur une balle perdue dans le cerveau. Pendant quatre mois, santé parfaite; tout à coup, espèce de léthargie, mort au milieu des convulsions : balle logée dans la substance médullaire, demi-pouce au-dessous de la partie antérieure du ventricule gauche; dans Phil. Salmuth (Cent. I. Obs. 53), une portion de la lame interne du crâne est enfoncée dans le cerveau:

Vous concevez que la marche plus ou moins rapide de l'inflammation doit influer sur l'époque à laquelle les premiers rudimens d'un kyste commencent à s'organiser à la surface du foyer. D'un autre côté, il n'est pas toujours facile de connaître d'une manière précise la date de la maladie ; les inflammations chroniques débutent souvent d'une manière insidieuse, et même produisent quelquefois des altérations profondes sans qu'aucun symptôme grave puisse faire soupçonner leur existence ; c'est ce que les ouvertures de corps démontrent tous les jours pour les organes les plus importans. Il n'est donc pas étonnant qu'on ait trouvé des abcès enkystés du cerveau à la suite de céphalalgies assez insignifiantes, ou même chez des individus qui n'avaient présenté aucun symptôme remarquable d'affection cérébrale. (Voyez les n°s. 4, 8, 10, 11, 14, 19.)

Il est probable aussi que l'âge et le tempérament influent sur la promptitude et la facilité du développement des kystes.

Cependant, dans les observations où les symptômes ont été recueillis avec soin et les altérations décrites avec exactitude, nous avons trouvé un rapport

---

au bout de neuf semaines, douleur au front, accès d'épilepsie, mort subite, suppuration de tout l'hémisphère. Voyez aussi dans Baillou (Épid. et Éphém. L. II. f. 251), l'observation de M. Villeveuve; et dans Bonet (L. 4, sect. 3. Obs. 8, § 6), une observation semblable communiquée par Samuel Coster.

assez constant entre la durée de la maladie et le degré d'organisation du kyste.

Dans un cas (n°. 1), la mort étant survenue treize jours après l'apparition des premiers symptômes, les parois du foyer étaient déjà tapissées par une membrane molle et comme vasculaire. Dans un autre (n°. 21), au bout de dix-huit jours, on a trouvé une poche remplie d'un pus verdâtre et infect. Les parois de la poche, *molles* et *organisées*, paraissaient de formation récente. Dans un troisième cas (n°. 8), au bout de trente-sept jours, le kyste était blanc, assez facile à déchirer, et ressemblait à du pus concret. Au bout de cinquante ou cinquante-trois jours (n°s. 22 et 23, L. troisième), la membrane était molle et vasculaire, plus distincte, mais pas encore assez résistante pour pouvoir être enlevée et disséquée exactement. Un peu plus tard, la membrane, encore mince, était d'un rouge grisâtre, douce et lisse au toucher; mise dans l'eau, elle parut, à sa surface interne, comme villeuse, hérissée de filamens tomenteux (n°. 2). Au bout de deux mois, le kyste formait un corps lisse, parfaitement circonscrit, composé à l'extérieur de plusieurs couches de tissu cellulaire, semblables à autant de membranes minces, superposées, offrant à l'intérieur un aspect muqueux semblable à celui des anciens abcès par congestion (n°. 4). Au bout de trois mois, le sac plus vasculaire avait une texture plus dense, une épaisseur plus considérable (n°. 3). Enfin, après plusieurs années, on l'a trouvé formé, à l'extérieur, de

plusieurs feuillets celluleux, au centre, d'un tissu dense et serré, épais, ayant l'apparence des membranes fibreuses, et à l'intérieur d'une membrane qui offrait tous les caractères des membranes muqueuses enflammées (nos. 5 et 6).

Dans les autres observations, les altérations, moins bien décrites, se rapprochent cependant assez exactement de quelqu'une des précédentes.

Vous voyez, par cet exposé, que le travail qui organise une barrière autour du pus se continue pendant des années avec une activité non interrompue. Faut-il s'étonner, après cela, si ce corps étranger devient une cause permanente de fluxions répétées, qui finissent par amener des altérations dans les tissus voisins?

La connaissance des diverses modifications que subissent les kystes avec le temps peut donner une idée approximative assez exacte de l'ancienneté de la maladie. Elle a conduit, ainsi que vous l'avez vu, dans un cas de médecine légale très-délicat, à la véritable cause de la mort (Obs. 19). Elle peut aider dans l'étiologie des otorrhées *cérébrales*, quand le kyste communique avec la carie (nos. 29, 32 et 33).

Il est assez remarquable que, dans les kystes qui contiennent du pus, la membrane interne ait toujours l'aspect muqueux (c'est ce qu'on observe dans les abcès par congestion, qui ne sont que des abcès enkystés particuliers); tandis que, dans les autres, cette membrane interne est lisse et polie,

transparente, présente enfin tous les caractères des membranes séreuses. C'est une circonstance sur laquelle nous reviendrons en parlant des hémorrhagies cérébrales.

§ I. *Encéphalite consécutive*. On n'a, jusqu'à présent, attaché presque aucune importance aux altérations qui accompagnent les abcès enkystés; on a tout rapporté à ces derniers, parce qu'ils étaient très apparens; il est certain cependant que la mort est fort rarement produite par l'abcès enkysté seul; presque toujours il s'y joint une inflammation aiguë de la substance cérébrale environnante, ou quelque affection de l'arachnoïde, le plus souvent de nature chronique.

Dans l'observation n°. 22 de la Lettre précédente, le malade, après avoir éprouvé tous les symptômes d'une encéphalite aiguë, recouvra peu à peu complétement les fonctions des membres paralysés; mais, le trente-deuxième jour, il eut une rechute, et mourut le cinquantième. Un kyste commençait à se former autour du pus, et la couleur jaune de la substance cérébrale environnante indiquait une nouvelle inflammation encore peu avancée.

La malade de l'observation n°. 23 de la même Lettre, après avoir éprouvé les mêmes symptômes, et être restée dix jours à l'agonie, eut, pendant une semaine, une amélioration inespérée, suivie d'une rechute qui amena la mort sept jours après. — La substance cérébrale qui environnait la membrane

molle et floconneuse, récemment développée autour du pus, était *ramollie*, réduite en une espèce de *bouillie*.

Celle du n°. 24 de la même Lettre eut successivement deux améliorations, suivies d'autant de rechutes, et l'on trouva trois abcès distincts, dont deux enkystés et un récent.

Le capitaine Thavernier (Obs. n°. 7), après avoir éprouvé des symptômes apoplectiformes, à la lecture d'une mauvaise nouvelle, semblait en voie de guérison, lorsqu'un événement semblable produisit une rechute accompagnée des mêmes phénomènes. La substance cérébrale qui renfermait les foyers purulens était *ramollie*.

Dans l'observation n°. 9, le malade, après une amélioration marquée, eut une rechute. — *Ramollissement verdâtre autour du kyste*.

Le militaire dont Scultet nous a laissé l'histoire (n°. 10) était parfaitement guéri depuis six mois, lorsqu'un stylet fut introduit *profondément* dans la substance cérébrale, à travers la fistule qu'il portait au crâne. Des symptômes d'encéphalite ne tardèrent pas à se manifester, et le malade succomba peu de temps après. A la vérité, Scultet ne décrit pas l'état de la substance cérébrale qui environnait le kyste; mais il avoue que le stylet a été profondément enfoncé dans le cerveau; les symptômes qu'il décrit sont ceux d'encéphalite aiguë. Peut-on douter, d'après ces circonstances et les observations précé-

dentes, que le malade n'ait succombé à une inflammation aiguë, produite par ces manœuvres imprudentes?

Dans l'observation n°. 11, après une amélioration marquée, qui semblait produite par un changement de traitement, le malade mourut subitement dans un état apoplectique, et les parties qui environnaient le kyste étaient réduites en une matière *putrilagineuse*.

Dans l'observation n°. 14, à la suite d'une insolation prolongée, surviennent des symptômes d'affection aiguë, et le malade meurt le neuvième jour. On trouve un kyste entouré de substance cérébrale, *altérée* et *très fétide*. La dure-mère et l'arachnoïde étaient en putréfaction. Un abcès enkysté ne se forme pas en neuf jours; ce n'est pas à lui qu'on peut attribuer les symptômes et la mort.

Dans l'observation n°. 16, le malade, trois mois après une guérison apparente, eut une rechute accompagnée de symptômes semblables. Indépendamment de l'abcès enkysté, le cerveau présenta dans plusieurs points des *traces d'inflammation*.

L'enfant dont parle Brodie (n°. 29), après avoir éprouvé pendant long-temps de vives douleurs de tête, eut tout à coup des symptômes cérébraux aigus auxquels il succomba. La substance cérébrale qui environnait le kyste était *jaune*, et beaucoup plus *molle* qu'à l'ordinaire.

C'est aussi à une inflammation récente de la sub-

stance cérébrale qui environnait le kyste, qu'a succombé la malade du n°. 33. « Cette lame était *d'un jaune orange, moins consistante*... comme *dissoute*.»

Dans les six premières observations que je viens de vous citer, l'abcès enkysté a été le résultat d'une inflammation aiguë, comme le prouvent la durée de la maladie et la nature des symptômes.

Au moment que le pus s'est réuni en foyer, il est survenu une amélioration marquée, et même, dans plusieurs cas, inespérée, suivie, plus ou moins de temps après, d'une rechute et de la mort. Dans les cinq autres, l'inflammation a suivi une marche chronique, les symptômes ont été obscurs ou même inaperçus; puis tout à coup elle a pris le caractère aigu, et les malades sont morts peu de temps après.

Il est évident que dans ces onze observations, c'est l'inflammation développée dans la substance cérébrale qui environnait le kyste qui a été cause de la rechute ou des symptômes d'affection aiguë; que c'est elle, rigoureusement parlant, qui a amené la mort. Ceci n'est, au reste, que la confirmation de ce que je vous ai dit dans le § XI de la Lettre précédente, p. 464, que je vous invite à relire.

Je dois aussi vous faire remarquer que les caractères de cette nouvelle inflammation n'ont pas été aussi tranchés que ceux des inflammations aiguës primitives, sans doute à cause de l'altération qui existait déjà dans le cerveau.

§ II. *Méningite consécutive*. Le malade qui fait le

sujet de l'observation n°. 2 n'a présenté pendant long-temps que des symptômes d'inflammation du cerveau, simple et peu intense. Deux jours seulement avant la mort, il survint du *délire*, des *mouvemens spasmodiques, brusques, irréguliers et fréquens*, dans les membres du côté non paralysé. Les yeux et la tête n'en furent point exempts; ils persistèrent jusqu'à la mort. L'arachnoïde des hémisphères cérébraux était fortement injectée. On a eu soin de noter que la substance cérébrale qui environnait le kyste n'était ni *injectée*, ni plus *molle*, ni plus dure qu'à l'ordinaire. Ainsi les phénomènes observés pendant la vie sont parfaitement d'accord avec les altérations trouvées après la mort. Ce n'est plus une récrudescence de l'affection du cerveau, c'est l'inflammation aiguë de l'archnoïde qui a produit la nouvelle série de symptômes, et hâté la perte du malade.

Celui de l'observation n°. 3 a éprouvé tous les symptômes d'une inflammation aiguë du cerveau et de l'arachnoïde; ils se sont dissipés peu à peu : les membres paralysés ont repris leurs fonctions; mais en même temps il est survenu des symptômes d'hydrocéphale qui prédominèrent de plus en plus. — *Abcès enkysté, adhérence de la dure-mère à l'arachnoïde, épanchement considérable dans les ventricules.* Ainsi le pus, une fois réuni en foyer, n'a guère plus influé sur la dernière moitié de la maladie que l'adhérence de l'arachnoïde correspondante. C'est l'affection de l'arachnoïde des ventricules qui a produit

les derniers symptômes, et, rigoureusement parlant, qui a causé la mort.

Vous remarquerez la même chose d'une manière bien plus évidente dans l'observation n°. 4 : à la suite d'une chute grave, un traitement antiphlogistique et dérivatif énergique fit disparaître si complétement tous les symptômes, que pendant un mois rien ne put faire soupçonner un abcès enkysté ; la maladie, qui fut traitée ensuite à l'hôpital, a présenté tous les caractères de l'hydrocéphale aiguë. *Les ventricules étaient pleins de sérosité*, et l'arachnoïde qui recouvrait l'abcès enkysté avait participé à cette inflammation. Si ce corps étranger a, par sa présence, été cause de cette affection secondaire, c'est cette dernière qui, à son tour, a produit les symptômes décrits et déterminé la mort.

Mêmes phénomènes chez la malade n°. 5. Inflammation aiguë du cerveau, qu'on prend pour une apoplexie, parce que sa marche est rapide ; cessation complète de tous les symptômes ; affection nouvelle, présentant les phénomènes d'une hydrocéphale arrivée à sa dernière période. *Pie-mère très injectée, épanchement de sérosité dans les ventricules*. Ainsi, malgré la présence d'un abcès enkysté dans la substance cérébrale, elle reprend peu à peu ses fonctions, et c'est une affection consécutive qui fait succomber le malade.

Voyez aussi l'observation 15, où une méningite chronique se joignit à l'affection cérébrale, et l'ob-

servation 19, où l'inflammation de l'arachnoïde, produite par des coups, a seule été cause des symptômes de *fièvre ataxique*, etc.

Vous trouverez plusieurs observations analogues parmi celles qui ont rapport aux maladies de l'oreille; mais je n'en parle pas, parce que l'inflammation des membranes a été produite par la carie du rocher.

Vous voyez que, dans les dernières observations que je viens de vous rappeler, les symptômes d'affection cérébrale ont diminué ou complétement disparu dès le moment que le pus a été réuni en foyer; que ceux qui leur ont succédé ont été semblables à ceux d'inflammation aiguë ou chronique de l'arachnoïde, principalement de l'arachnoïde des ventricules; que c'est cette affection secondaire qui a aggravé la maladie et causé la mort.

Je dois ajouter que dans l'observation 6, elle paraît avoir été hâtée par une hémorrhagie cérébrale.

Il résulte de tous ces faits, que dans les inflammations aiguës du cerveau, quand la période d'irritation est passée, quand le pus est réuni en foyer, il se comporte à la manière d'un corps étranger. Un kyste s'organise à sa surface, la substance cérébrale s'accoutume à sa présence, le reste de l'hémisphère reprend ses fonctions plus ou moins exactement, suivant l'étendue de l'altération, d'où résulte une convalescence trompeuse ou même une guérison apparente, qui peut se maintenir pendant des mois et même pendant des années. (J'ai cherché dans la

Lettre précédente, page 472 et suiv., à vous mettre en garde contre ces erreurs, et à vous indiquer les moyens de les éviter, je ne puis que vous y renvoyer.) Mais ce corps étranger est, pour les parties environnantes, une véritable épine, une cause permanente d'irritation qui entretient autour d'elle une fluxion habituelle, un travail sourd, mais continu, au moyen duquel s'organisent des membranes distinctes, augmentant avec le temps en nombre et en épaisseur; de là aussi des céphalalgies habituelles, des symptômes spasmodiques, développés sous l'influence de la cause la plus légère, etc. De là, les inflammations aiguës de la substance cérébrale environnante, les inflammations aiguës ou chroniques de l'arachnoïde, les hémorrhagies cérébrales. Vous verrez dans la Lettre suivante, que ces phénomènes sont ceux qu'on observe dans les cas de tumeurs sanguines, fibreuses, squirrheuses, etc., développées dans le cerveau. Ainsi, l'abcès enkysté produit par inflammation aiguë, une fois établi, rentre dans la classe des altérations *organiques*. Quand il est le résultat d'une inflammation chronique, il est accompagné, dans le principe, de phénomènes vagues, obscurs, jusqu'à ce qu'une complication semblable à celle dont nous venons de parler amène de nouveaux symptômes et la mort.

§ III. *Symptômes du début*. Un abcès enkysté est certainement toujours le résultat d'une inflammation plus ou moins ancienne; mais elle peut avoir suivi

une marche rapide ou lente, et cette circonstance est celle qui influe le plus sur la nature et la succession des symptômes.

Dans les cas d'affection aiguë, les symptômes n'ont différé en rien pendant la première période de ceux que nous connaissons déjà, et ceux qui sont survenus ensuite ont varié suivant la nature de la complication qui les a produits. Je ne reviendrai donc pas sur ces observations. D'un autre côté, les symptômes observés dans les cas d'inflammation chronique ressemblent tellement à ceux que nous aurons occasion d'examiner dans les Lettres suivantes, que je ne dois pas trop m'y arrêter ici. Cependant toutes les observations d'abcès enkystés, que vous avez lues, ne peuvent pas être rangées exactement parmi les cas d'inflammation aiguë ou chronique. Il en est qui conduisent de l'un à l'autre d'une manière presque insensible. Ces chaînons intermédiaires embarrassent toujours les classificateurs, occupés à séparer, à distinguer; ils prennent le parti de les négliger. Nous, qui ne cherchons que le rapport des effets avec les causes, nous devons au contraire respecter ces prétendues anomalies et les étudier avec soin.

Dans l'observation n°. 2, le seul symptôme qui, pendant long-temps, ait pu faire soupçonner une inflammation du cerveau, fut une céphalalgie bornée au côté malade. Des mouvemens spasmodiques se sont ensuite développés du côté opposé. Ils ont

été suivis de contraction tétanique, de faiblesse, d'engourdissement. Mais au bout de quinze jours ces symptômes étaient encore bornés au membre supérieur, et les fonctions intellectuelles étaient conservées. Ce n'est déjà plus, comme vous le voyez, la marche des inflammations franchement aiguës, quoique la durée de la maladie ne permette pas de la ranger parmi les inflammations chroniques.

Dans l'observation n°. 6, nous retrouvons les mêmes symptômes. Ils se succèdent dans le même ordre, mais avec une lenteur encore plus remarquable. Ce n'est qu'au bout de six mois qu'ils sont arrivés au degré d'intensité qu'ils atteignent dans les inflammations aiguës au bout de douze ou quinze jours; aussi, peu de temps avant la mort, le malade avait encore conservé l'intelligence, malgré la destruction de tout un hémisphère. Cette observation tient aux inflammations aiguës par la nature des symptômes, et aux chroniques par la lenteur de leurs progrès et la durée de la maladie.

L'observation n°. 8 nous offre un exemple inverse d'inflammation chronique, c'est à dire que la durée de la maladie n'a été que de trente-sept jours, s'il faut en croire le récit du malade; mais les symptômes ont été peu prononcés; on n'a remarqué ni paralysie, ni convulsions, les fonctions intellectuelles ont seules été altérées, puis anéanties: aussi existait-il un abcès dans chaque hémisphère. Après cinq ou six jours d'amélioration, le

malade eut une rechute, qui amena la mort; mais elle fut produite par l'abus des alimens, et accompagnée de symptômes de gastro-entérite; on ne trouva ni ramollissement ni affection de l'arachnoïde, mais l'estomac était rouge, et les intestins d'un rouge noir. Dans cette observation, l'inflammation du cerveau est plus remarquable par son peu d'intensité que par sa durée; c'est ce qu'on pourrait appeler une inflammation *sourde*, *latente*.

L'observation n°. 9 nous a offert une autre espèce d'inflammation chronique, remarquable sous d'autres rapports. Elle a marché d'une manière obscure pendant environ vingt mois, ensuite elle s'est manifestée par des symptômes de paralysie sans aucun mélange de phénomènes spasmodiques. Ils ont toujours été en augmentant jusqu'à ce qu'un traitement fortement stimulant ait réveillé pour quelques jours l'action du cerveau; mais cette amélioration a été promptement suivie d'une rechute. Le volume de l'abcès, le nombre et l'épaisseur des membranes étaient proportionnés à l'ancienneté de la maladie: l'altération qui environnait le kyste explique la rechute.

Dans l'observation n°. 11, la maladie a duré encore plus long-temps; mais elle a offert une marche et des symptômes tout à fait différens. Ici l'on n'a observé que des symptômes spasmodiques; ils ont été intermittens et ont affecté une grande régularité dans leurs retours périodiques. Les accès ont

augmenté de fréquence et d'intensité jusqu'au moment où le malade est mort subitement, ayant conservé sa raison et même sa gaieté jusqu'au dernier moment. Le foyer purulent était aussi très considérable, et la substance cérébrale environnante réduite en putrilage.

Les observations 12 et 13 se rapprochent de celle-ci, en ce qu'on n'a observé également que des symptômes spasmodiques intermittens, et point de paralysie; en ce que aussi les malades ont conservé leur intelligence; mais les accès étaient irréguliers et ressemblaient davantage à ceux de l'épilepsie.

Dans les observations 15 et 16, on n'a point observé non plus de paralysie; et les symptômes spasmodiques ont été fort irréguliers.

Enfin, dans les observations 14 et 19, nous voyons un abcès enkysté, développé dans la substance cérébrale, sans que rien ait pu faire soupçonner sa présence. Le premier malade est mort d'une encéphalite aiguë du cerveau, attribuée à une insolation prolongée, et l'autre d'une méningite aiguë, produite par des coups.

Dans cette récapitulation des inflammations chroniques du cerveau, je n'ai pas tenu compte de celles qui sont produites par les maladies de l'oreille, parce qu'elles sont presque toujours compliquées d'affection des membranes, et qu'elles forment pour ainsi dire un groupe à part. Ce petit nombre d'exemples suffit pour vous donner une idée de la variété

que présentent les symptômes d'inflammation chronique du cerveau, suivant que sa marche est plus ou moins lente, sa durée plus ou moins longue, son intensité plus ou moins grande; suivant le siége et l'étendue de l'altération, la susceptibilité de l'individu, etc. : toutes circonstancces dont il faut tenir compte, et sur lesquelles nous reviendrons dans les Lettres prochaines. En attendant, ce résumé des symptômes qui accompagnent la formation des abcès enkystés, suivant qu'ils sont produits par des inflammations aiguës, *subaiguës* ou chroniques, et ce que je vous ai dit de l'influence des complications qui s'y joignent, vous explique pourquoi des altérations tout à fait identiques peuvent se rencontrer à la suite de phénomènes morbides bien différens.

§ IV. Ici se présente une question : Est-il possible d'espérer la guérison d'un abcès enkysté, ou, en d'autres termes, le pus contenu dans un kyste peut-il être absorbé, etc.? C'est un problème qui ne pourra peut-être jamais être résolu d'une manière directe par des observations décisives. Un seul fait pourrait faire naître quelque espoir, c'est celui du capitaine Tavernier, rapporté par M. Broussais (voyez n°. 7). Le malade paraissait toucher à une prochaine guérison, lorsqu'il reçut une nouvelle fâcheuse qui produisit une rechute accompagnée de phénomènes semblables à ceux qu'il avait éprouvés la première fois par une cause pareille. Les parois du kyste étaient plutôt affaissées que distendues, *comme si le pus en eût été en partie résorbé.*

L'observation 33 aurait pu jeter du jour sur cette question si les symptômes observés pendant la vie étaient bien décrits. En effet, l'abcès enkysté était *cylindrique, mollet, comme serait à peu près une vessie imparfaitement pleine*. Cependant, *la pression n'en faisait rien sortir*. Le pus contenu dans le kyste était *épais*. Ces circonstances anatomiques semblent annoncer un commencement d'absorption, mais l'absence de renseignemens suffisans ne permet pas d'y attacher trop d'importance.

Ce qu'on observe à la suite des hémorrhagies cérébrales semble venir à l'appui de ces observations. Vous savez qu'avec le temps la partie séreuse du sang, puis la matière colorante et la fibrine sont peu à peu absorbées, et qu'on trouve à la place tantôt un kyste plein de sérosité, tantôt, ce qui est plus rare, une cavité remplie de tissu cellulaire, tantôt enfin une véritable cicatrice, altérations qui ne sont peut-être que des degrés différens du même travail. Il semble donc naturel de penser que le pus peut être absorbé de la même manière. Cependant vous remarquerez que les kystes qu'on trouve à la place des caillots, quoique très anciens, sont assez minces, composés d'une seule membrane, laquelle présente l'aspect des membranes séreuses; au contraire, les kystes qu'on trouve autour du pus sont composés de membranes d'autant plus nombreuses et plus épaisses, qu'ils sont plus anciens. Celle qui est en contact avec le pus a constamment l'aspect des membranes muqueuses, et ce n'est pas seulement dans le cerveau

que cette particularité s'observe ; elle est commune à tous les abcès enkystés, quel que soit leur siége ; aux abcès par congestion, par exemple ; or ces membranes paraissent plus susceptibles d'exhaler que d'absorber, d'augmenter la quantité de matière contenue dans le kyste que de la diminuer. Elles ne sont pas susceptibles de contracter des adhérences. J'ajouterai que dans les cas d'abcès enkystés du cerveau produits par inflammation chronique, les symptômes vont en augmentant, d'une manière lente à la vérité, mais non interrompue, et il semble que la capacité du sac soit en rapport avec la durée de la maladie, puisque le kyste occupait la plus grande partie d'un hémisphère (n°s. 3, 6, 9 et 11) et même la totalité (n°. 6). Dans tous ces cas, il est difficile de ne pas croire qu'après la formation du kyste la membrane interne a augmenté, par sa sécrétion, la quantité de matière contenue dans sa cavité ; qu'en un mot le kyste a augmenté de dimension. Si donc on peut espérer que le pus, une fois entouré d'un kyste, soit absorbé ou du moins n'augmente pas, ce ne peut être qu'à la suite des inflammations aiguës.

§ V. Je ne m'occuperai pas ici du traitement, parce que je serai obligé d'y revenir par la suite.

Je n'ai rien à ajouter ici à ce que j'ai dit des causes d'inflammation aiguë du cerveau. Celles qui sont plus particulièrement susceptibles de produire des inflammations chroniques sont bien obscures, si on en excepte la carie des os du crâne, et en particulier celle du rocher. Cette cause est si commune, si puis-

sante et si peu connue, que j'ai cru devoir l'étudier d'une manière spéciale, et lui consacrer une grande partie de cette Lettre. Les mêmes raisons m'ont engagé à réunir, à la suite de ces considérations générales, tout ce qui a rapport à ce sujet important et éminemment pratique.

Des maladies de l'oreille dans leurs rapports avec celles des organes contenus dans la cavité du crâne.

§ VI. Nous avons vu beaucoup d'affections de l'oreille qui, par leur seul voisinage de la cavité du crâne, et sans avoir produit la carie du rocher, ni la destruction de la dure-mère, ont déterminé des inflammations mortelles du cerveau (nos. 17, 18, 19, 20 et 21, § III et § IV); d'un autre côté, les affections de l'oreille les plus légères dans leur origine, les inflammations les plus simples du conduit auditif externe, sont quelquefois suivies de carie du rocher, de l'apophyse mastoïde et même de l'occipital, de décollement de la dure-mère, etc. Permettez-moi donc de dire quelques mots de toutes les nuances qui peuvent se présenter.

§ VII. L'inflammation aiguë de l'oreille, ou *otite*, s'observe un peu plus fréquemment avant la puberté qu'après; mais les deux sexes et les différens tempéramens paraissent y être également exposés. L'otite externe est souvent produite par l'extension de quelque affection cutanée à la membrane muqueuse du conduit auditif externe. Parmi les maladies érup-

tives, la variole est celle dont l'influence est la plus fréquente et la plus funeste; pour peu qu'elle soit confluente elle s'étend aux membranes muqueuses qui se continuent avec la peau; celle qui tapisse le conduit auditif externe est alors rarement exempte de boutons varioleux. L'inflammation s'étend facilement à l'intérieur de l'oreille: de là les caries du rocher, les affections cérébrales auxquelles beaucoup de malades succombent (n°s. 20 et 25), des surdités qui persistent quelquefois toute la vie. Les autres affections cutanées se comportent souvent de la même manière. Parmi les causes accidentelles, celles qui agissent avec le plus d'efficacité sont l'exposition de l'oreille à un courant d'air froid et l'introduction d'un corps étranger; mais l'inflammation reste rarement bornée à l'extérieur. L'observation de Sabatier, n°. 23, est un exemple effrayant de la promptitude avec laquelle le plus léger corps étranger peut occasioner la carie de l'os et la suppuration du cerveau.

§ VIII. L'otite interne s'observe si souvent dans la dernière période de ce qu'on appelle fièvre *ataxique*, *ataxo-adynamique*, *nerveuse*, *comateuse*, *typhoïde*, etc., etc., qu'on l'a regardée comme la crise naturelle de ces maladies. Aucun de ceux qui ont fait cette remarque n'en a, je crois, donné l'explication; on s'est contenté de dire que c'était une métastase critique, etc.: mais pourquoi s'opère-t-elle plus souvent sur cet organe que sur tout autre? C'est que la cause qui produit les symptômes aux-

quels on a donné les noms de fièvre *ataxique*, etc., est une inflammation des organes renfermés dans la cavité du crâne, et que l'oreille interne, renfermée dans l'épaisseur même de cette boîte osseuse, est, par son voisinage du siége de la fluxion, plus exposée qu'aucun autre organe à la partager, absolument de la même manière que l'arachnoïde et le cerveau sont exposés à partager l'inflammation de l'oreille sans que l'os ni la dure-mère soient altérés.

§ IX. L'otite externe, moins grave que l'interne, s'en distingue par la promptitude avec laquelle l'écoulement suit la douleur; le lendemain ou le surlendemain, le conduit auditif et la membrane du tympan sont déjà rouges, tuméfiés, enduits d'une matière qui tient plus ou moins du pus et du cérumen.

Dans l'otite interne, le canal et la membrane du tympan restent secs pendant plusieurs jours; l'écoulement survient tout à coup, il est très abondant. Cependant la suppuration peut aussi se faire jour par la trompe d'Eustache, et continuer de s'écouler par là.

§ X. L'otite interne est souvent accompagnée de symptômes semblables à ceux qui appartiennent aux inflammations du cerveau ou de l'arachnoïde. Ces dernières compliquent elles-mêmes très communément les inflammations aiguës de l'oreille, en sorte que le diagnostic est quelquefois très embarrassant. Ainsi, dans l'otite, la douleur n'est pas toujours bornée à l'oreille, elle peut s'étendre à toute la tête, être plus ou moins violente, lancinante, compressive, fixe ou vague. Il semble à quelques malades

que leur crâne va s'ouvrir, ce qui peut faire craindre que l'inflammation ne soit étendue aux organes contenus dans cette cavité. La violence de la céphalalgie et ses différentes nuances s'expliquent par le grand nombre de nerfs renfermés dans des parois osseuses, par conséquent inextensibles.

§ XI. Cette même structure de l'oreille et son voisinage de la cavité du crâne expliquent aussi la fréquence et la gravité des symptômes spasmodiques. Parmi eux, il en est qui méritent essentiellement le nom de nerveux, en ce qu'ils dépendent uniquement de l'affection des nerfs. Vous concevez que le rameau tympanique, enveloppé seulement par la membrane excessivement fine qui tapisse la caisse du tympan, ne peut guère éviter de participer plus ou moins à l'inflammation de cette membrane. Il est presque confondu avec le nerf facial dans l'aquéduc de Fallopia, ce qui explique les contractions spasmodiques qu'on observe quelquefois dans les muscles de la face du côté malade; contractions qu'il est, au reste, facile de distinguer de celles qui sont produites par l'inflammation du cerveau ou de l'arachnoïde, en ce qu'elles sont bornées aux muscles auxquels se distribuent les nerfs irrités.

§ XII. Les autres symptômes spasmodiques sont généraux, comme le délire, l'agitation, le coma, les soubresauts dans les tendons, les crampes, les convulsions, etc.; quelquefois ils cessent au moment où la rupture de la membrane du tympan permet au pus de s'écouler librement au dehors. Dans ce cas,

on les a appelés nerveux ou sympathiques; d'autres fois ils persistent après cette évacuation, et même ils augmentent; ils sont dus alors à l'inflammation de l'arachnoïde ou du cerveau; ils sont idiopathiques.

On a cherché à établir des caractères propres à distinguer les cas où ces symptômes étaient nerveux ou sympathiques, de ceux où ils étaient produits par une affection des organes contenus dans la cavité du crâne ou idiopathiques: mais tout ce qu'on a dit à ce sujet est illusoire et démenti par l'expérience: on a observé absolument les mêmes symptômes dans les deux circonstances, et la marche de la maladie après l'évacuation du pus peut seule les faire distinguer. Au reste, cette ressemblance entre les symptômes sympathiques et idiopathiques n'a rien de surprenant, car la cause qui les produit ne diffère pas autant qu'on le pense; ce ne sont que des degrés différens d'un mode d'action.

Il faut toujours bien se rappeler qu'un symptôme n'est que l'altération des fonctions d'un organe, et qu'il est impossible que les fonctions d'un organe soient dérangées sans sa participation. Ainsi, quand un malade a du délire, des convulsions, etc., quelle qu'en soit la cause première, il est impossible de concevoir que le cerveau ne soit pas affecté. Une inflammation aiguë s'empare de l'oreille chez un individu d'une grande susceptibilité, ou, comme on le dit, d'un tempérament nerveux, c'est à dire

doué d'un cerveau susceptible de développer une forte réaction sous l'influence d'impressions faibles : des sensations douloureuses lui sont transmises par les nerfs nombreux qui se distribuent dans la cavité du tympan : le sang afflue vers cette partie ; la fluxion s'étend aux organes voisins, par conséquent au cerveau ; il est excité, stimulé, irrité, et réagit suivant le degré d'intensité des causes qui agissent sur lui et sa susceptibilité. Très impressionnable, il sera vivement ébranlé par une cause légère ; il en résultera des phénomènes très prononcés, et si la cause n'agit pas pendant long-temps, quand elle aura cessé, tout rentrera dans l'ordre, parce qu'il n'y avait point d'altération organique capable de persister par elle-même ; si le malade meurt, on ne trouve aucune trace remarquable de l'altération qui a produit des phénomènes si apparens, parce qu'il n'y avait qu'irritation. Moins impressionnable, le cerveau aura besoin, pour produire les mêmes symptômes, d'être influencé par des causes plus puissantes ou plus durables ; et, quand elles auront cessé d'agir, le tissu de l'organe sera trop altéré pour reprendre ses fonctions. Il y aura inflammation : elle poursuivra sa marche, quoique la cause déterminante ait cessé d'agir ; il ne faut donc pas croire que les symptômes, qu'on a appelés nerveux ou sympathiques, soient produits par une cause *essentiellement* différente de celle qui détermine les symptômes idiopathiques. Le cerveau est affecté de la

même manière, mais à des degrés différens; et la preuve, c'est que, si la même cause est plus intense ou continue d'agir, l'irritation nerveuse ou sympathique finit par produire une véritable inflammation (1). Il n'est donc pas étonnant que, dans le plus grand nombre de cas, on ne puisse distinguer les symptômes spasmodiques *sympathiques* de ceux qui sont idiopathiques, que par les phénomènes qui suivent l'évacuation du pus contenu dans l'oreille; mais cette circonstance est très importante pour le pronostic. M. Leblanc (Obs. 34) s'endormit immédiatement après la rupture de la membrane du tympan, et il guérit. La malade du docteur Abercrombie, n°. 21, n'en fut pas soulagée, et succomba avec un abcès dans la substance cérébrale.

§ XIII. L'*otorrhée* ou catarrhe chronique de l'oreille est souvent la suite de l'otite ou inflammation aiguë. De quelque manière qu'elle ait commencé, elle finit par affecter également le conduit auditif externe et la caisse du tympan, excepté dans les cas très rares où l'écoulement s'établit par la trompe d'Eustache. La membrane muqueuse est boursouflée, rouge, quelquefois saignante, la cavité du conduit est rétrécie; la membrane du tympan est détruite ou

---

(1) *Voyez* les Ob. 17, 18, 19, 20, 21, § III et § IV. Rappelez-vous aussi l'observation de ce malade chez lequel un rameau du plexus brachial ayant été lié avec l'artère sous-clavière, on trouva un abcès dans l'hémisphère opposé du cerveau. L. 2, Obs. 3, § IV.

perforée. Quand le malade fait effort comme pour se moucher, tandis qu'il ferme exactement l'ouverture des narines, on entend l'air sortir à travers la membrane du tympan, en produisant un sifflement proportionné à l'étroitesse de l'ouverture qui lui donne passage et à la vitesse avec laquelle il la traverse. On peut aussi faire passer, par la trompe d'Eustache, des liquides injectés dans le conduit auditif externe.

§ XIV. Je vous ai dit que tous les âges et tous les tempéramens étaient à peu près également exposés aux otites. Il n'en est pas de même par rapport aux otorrhées, et ceci est d'une grande importance pour la pratique. Les individus d'un tempérament lymphatique, disposés aux engorgemens et aux abcès froids, ou stigmatisés par des cicatrices scrophuleuses, tourmentés par des engelures, exposés pour la moindre cause aux catarrhes de toute espèce, ou bien habituellement affectés d'éruptions cutanées, comme dartres, teigne, croûtes laiteuses, etc.; tous les individus qui présentent ces dispositions sont éminemment exposés aux otorrhées les plus tenaces et les plus dangereuses. Elles finissent presque toujours par produire la carie des os, l'inflammation de la dure-mère, de l'arachnoïde et du cerveau; et le médecin appelé à traiter ces malades doit employer, dès le principe, les moyens les plus énergiques, s'il veut les soustraire à la catastrophe qui les menace.

§ XV. L'odeur, la couleur, la consistance et la quantité de l'écoulement varient beaucoup, non seulement chez les différens individus, mais encore chez le même malade, suivant une foule de circonstances. Il diminue ordinairement sous l'influence de la chaleur, de la sécheresse, de l'exercice, d'un régime sévère; et dans les cas les plus simples il reprend peu à peu les caractères du cérumen et cesse entièrement. Il reparaît ou il augmente dans les circonstances opposées, mais surtout sous l'influence du froid humide ou par l'introduction de l'eau dans le conduit auditif, comme pendant l'exercice de la natation. Les travaux intellectuels forcés, en appelant le sang vers la tête, et les excès de table, en troublant les fonctions digestives et en affaiblissant l'économie, sont aussi des causes très puissantes de rechute ou d'exaspération de l'écoulement.

Ces remarques conduisent naturellement au meilleur emploi des moyens diététiques, sans lesquels il n'est pas possible d'espérer la guérison des malades dont la constitution présente les caractères indiqués plus haut.

§ XVI. Quelquefois la suppression de l'écoulement est due à une cause purement mécanique. Tantôt ce sont des croûtes qui se forment dans le fond du conduit auditif, par le desséchement de la matière devenue visqueuse et presque semblable à du cérumen; d'autres fois, ce sont des onguens qui forment un tampon (n°. 29); enfin des végétations

polypeuses (n°. 26, § III, et n°. 29) peuvent mettre obstacle à la sortie de la matière. Dans tous ces cas, si elle ne s'échappe pas par la trompe d'Eustache, il en résulte de la tension, de la pesanteur, de la douleur, et quelquefois des symptômes de compression du cerveau.

§ XVII. Quelquefois l'écoulement se supprime, parce qu'un travail important s'opère dans l'économie, comme à l'époque de la puberté ou pendant la grossesse. D'autres fois, c'est parce qu'une fluxion pathologique s'opère sur un autre organe. C'est ainsi que j'ai vu de ces écoulemens alterner avec des accès de rhumatisme, avec des catarrhes de la vessie ou des flueurs blanches, etc.; quelquefois la maladie nouvelle paraît tellement dangereuse ou persiste avec tant de ténacité, qu'on peut être tenté de rappeler l'écoulement; mais c'est une ressource à laquelle il faut, autant que possible, éviter d'avoir recours, à cause des suites que peuvent avoir les maladies de l'oreille, et parce qu'on n'est pas certain, en rétablissant l'écoulement, d'obtenir l'effet qu'on désire; d'ailleurs, pour pouvoir déplacer l'inflammation nouvelle, il faudrait l'avoir beaucoup diminuée par un traitement antiphlogistique énergique, et alors on pourrait peut-être réussir aussi bien par tout autre moyen dérivatif permanent, comme séton, moxa, etc.

§ XVIII. Les métastases les plus communes et les plus fâcheuses sont celles qui ont lieu sur le cerveau

et sur l'arachnoïde. Elles sont quelquefois déterminées par des causes accidentelles, comme une percussion du crâne (n°. 9); le plus souvent elles ont lieu sans cause connue (n°s. 24, 27, § II, et III, n°. 28); quelquefois l'écoulement reparaît, et les symptômes d'affection cérébrale cessent pour se reproduire de nouveau, et ces alternatives peuvent se répéter plusieurs fois (n°. 32); dans d'autres cas, l'écoulement n'est pas entièrement supprimé (n°. 20), il est même à peine diminué (n°s. 17 et 18). Quand, après avoir diminué plusieurs fois, l'écoulement disparaît entièrement, et que les symptômes deviennent plus graves, la mort est très prochaine (n°. 32).

Lorsque l'inflammation du cerveau se termine promptement par la mort, elle peut ne laisser presque aucune trace de son existence (page 81, § III). Lorsqu'elle n'a duré que quelques jours, on ne trouve qu'un ramollissement de la substance cérébrale correspondant le plus souvent au rocher du côté malade (n°. 17); quand elle s'est prolongée plus long-temps, on trouve un abcès dont le pus est *tout à fait fluide au centre et pulpeux à la circonférence* (n°. 18). Ce n'est pas toujours dans l'hémisphère correspondant à l'oreille malade qu'on trouve l'abcès, c'est quelquefois du côté opposé (n°. 18); ce qui prouve que dans ce cas c'est bien par véritable métastase que l'inflammation s'est transportée au cerveau, et qu'elle ne s'est pas étendue de proche en proche par continuité de tissu.

L'inflammation de l'arachnoïde se termine rarement par adhérences, mais très souvent par quelque épanchement séreux ou sanguinolent, ordinairement avec altération de cette membrane.

§ XIX. Après avoir commencé de la manière la plus bénigne, et avoir subi quelques unes des variations dont je viens de vous parler, ces écoulemens, négligés ou mal traités, finissent par devenir plus abondans, plus constans et sanieux; l'otorrhée dite *muqueuse* prend les caractères de ce qu'on a appelé otorrhée *purulente*, et qu'il serait plus exact de désigner sous le nom de *sanieuse*; mais ce changement, se faisant d'une manière lente, est ordinairement difficile à apprécier. L'écoulement purulent, ou, pour mieux dire, *sanieux*, est souvent aussi la suite de l'otite aiguë externe ou interne; mais de quelque manière qu'il ait commencé, lorsqu'il a pris le caractère sanieux, il est toujours accompagné de carie; il est donc bien important d'établir ses caractères.

§ XX. Dans cette espèce d'otorrhée, le pus, ou la sanie puriforme qui s'écoule par le conduit auditif, est plus liquide que le pus du phlegmon, grisâtre, sanguinolent ou même mêlé de stries de sang pur; il a une odeur propre qui n'appartient qu'à la matière fournie par des surfaces cariées, et qu'il est facile de distinguer de l'odeur forte qu'ont presque tous les écoulemens de l'oreille. Elle colore en brun plus ou moins foncé ou violacé les instrumens d'argent avec lesquels elle est en con-

tact; elle irrite par son âcreté la peau du lobule et du pavillon de l'oreille, y détermine une excoriation et un gonflement habituels. Elle charrie de temps en temps des espèces de graviers qui ne sont autre chose que des portions d'os cariés. Il ne faut pas les confondre avec les osselets de l'ouïe, que le pus entraîne quelquefois à la suite des otites aiguës, sans qu'on puisse en conclure qu'il y ait carie. Au reste, il est difficile de s'y tromper : les osselets ont des formes connues, leur surface est lisse et régulière, leur expulsion précède ordinairement celle des débris osseux appartenant à la carie. Ces caractères de l'otorrhée *sanieuse* sont assez tranchés pour qu'on ne puisse pas la confondre avec toute autre espèce d'écoulement, et ils sont très importans, puisqu'ils annoncent d'une manière indubitable la carie de l'os.

§ XXI. Il est une autre espèce d'otorrhée beaucoup plus rare, plus insidieuse et à peine connue, c'est celle qui a lieu par la trompe d'Eustache. Le malade éprouve une douleur sourde dans la région de l'oreille, quelquefois fixe, d'autres fois vague et fugitive, tantôt continue, tantôt intermittente; il a des tintemens d'oreille, éprouve un bruit continuel, comme serait celui d'un moulin, ou d'une chute d'eau, des sifflemens incommodes qui le privent du sommeil; il a l'ouïe dure, et finit quelquefois par devenir sourd; quelquefois, après avoir perdu l'ouïe pendant quelque temps, il la recouvre et la

perd de nouveau ; ces bruits, ces sifflemens dépendent du passage du pus par la trompe d'Eustache, de son mélange avec l'air qui entre dans la caisse du tympan. La perte et le retour des fonctions de l'oreille tiennent à la plénitude ou à la vacuité de cette cavité. Le malade a la bouche amère, l'haleine fétide ; il éprouve souvent des nausées, des vomissemens de matière purulente d'une odeur infecte ; il rend quelquefois, au milieu de quintes de toux qui lui prennent subitement, surtout quand il est endormi, des crachats fétides, mêlés de pus ou de stries de sang. Vous concevez que tous ces symptômes sont dus au passage de la sanie purulente de l'oreille dans l'arrière-bouche par la trompe d'Eustache. Le malade trouve à tous ses alimens une odeur et une saveur nauséabondes, détestables ; il perd l'appétit, tombe dans un état de mélancolie, maigrit et dépérit de jour en jour sans qu'on sache pourquoi ; le plus souvent on attribue ces symptômes à une affection de l'estomac ou du poumon, à une affection des fosses nasales : on donne des émétiques, des purgatifs, etc. Cependant la maladie fait des progrès, les os se carient, le cerveau et ses membranes s'affectent, et quelquefois le désordre est déjà très considérable qu'on ne le soupçonne pas encore.

Il est arrivé même quelquefois qu'après l'ouverture du crâne, on a méconnu la véritable cause des altérations qu'on a rencontrées. L'observation 14e en

est un exemple frappant. La maladie fut attribuée à une insolation prolongée ; le malade mourut le neuvième jour. On demanda l'ouverture du cadavre, parce que, *peu de temps avant la mort, il était sorti par la bouche, par la narine et par l'oreille, un pus excessivement fétide*. On trouva un kyste purulent, une altération de la substance cérébrale sous-jacente, qui était très fétide ; la dure-mère et l'arachnoïde étaient en putréfaction. Le kyste ne s'est certainement pas formé en neuf jours : d'ailleurs les autres altérations rendent compte des symptômes observés pendant ce court intervalle. Mais quelle a été la cause de cet abcès enkysté, et de la putréfaction de la dure-mère, si ce n'est une maladie de l'oreille ? Pourquoi est-elle restée ignorée ? Probablement parce que la suppuration se faisait par la trompe d'Eustache; le pus qui est sorti par la bouche et par le nez n'avait pas une autre source, puisqu'il en sortit en même temps par l'oreille.

Cette espèce d'écoulement qu'on pourrait appeler guttural, quoique moins apparent que l'autre, n'en est pas pour cela moins grave ; peut-être même qu'à cause de cette circonstance, il l'est davantage. Il peut, comme les autres écoulemens, varier de nature, être continu, intermittent, etc. ; il peut aussi facilement amener la carie du rocher, et des inflammations du cerveau et de l'arachnoïde. Voyez au reste les observations 14, 19, § II et III, 32, 34 et 35.

§ XXII. Quelquefois l'otorrhée *sanieuse* est accompagnée d'excroissances polypeuses (n°. 26, § III et n°. 29), mollasse et fongueuse, dure, comme fibreuse ou carcinomateuse, assez souvent saignante au moindre toucher. On tente ordinairement la guérison de ces espèces de polypes par l'extraction, par la cautérisation, ou par l'application de caustiques ou d'emplâtres, et d'onguens dessiccatifs, parce qu'on les confond avec les polypes ordinaires : c'est une erreur qui peut avoir les plus graves conséquences. Ces végétations sont des prolongemens de la membrane qui tapisse la cavité du tympan ou de la dure-mère, elles sont produites par la même cause que la carie, et ressemblent aux fongosités qui se développent à la surface des os cariés ; les tentatives qu'on fait pour les arracher ou les brûler augmentent l'inflammation, les onguens qu'on applique dessus forment avec la tumeur un tampon qui bouche le conduit auditif, et retient la suppuration dans la caisse du tympan. On les distingue des polypes ordinaires, qu'on doit chercher à guérir, par les circonstances qui ont précédé leur développement et par la nature de la suppuration qui les accompagne. Les polypes ordinaires sont le plus souvent accomgnés d'un écoulement assez abondant; mais il est muqueux et ne brunit pas les instrumens d'argent.

§ XXIII. La membrane qui tapisse la cavité du tympan est si mince qu'on conçoit facilement pour-

quoi les os qu'elle recouvre sont si exposés à participer à ses altérations : ce dont on doit s'étonner le plus, c'est que des otorrhées muqueuses puissent durer pendant des années sans que le tissu de l'os soit affecté.

En suivant les ravages de la carie, on s'aperçoit bientôt qu'elle n'affecte pas indistinctement toutes les parties du temporal, qu'elle suit certaines directions, qui correspondent précisément aux différens conduits avec lesquels la caisse du tympan est en rapport. Cette circonstance explique la cause de la carie, la cause de sa fréquence, etc. En effet, quand on réfléchit à la dureté extraordinaire du rocher, on a peine à concevoir qu'il soit si souvent affecté ; mais quand on pense qu'il est creusé dans tous les sens par des canaux nombreux et tortueux, qui aboutissent plus ou moins directement à la caisse du tympan ; que ces canaux sont tapissés par une membrane qui se continue avec celle qui revêt la cavité du tympan, laquelle est ordinairement le siége primitif de l'otorrhée, on voit que c'est l'extension de l'inflammation aux différens embranchemens de cette membrane, qui produit l'altération des parois osseuses auxquelles elle est unie. On conçoit aussi pourquoi l'apophyse mastoïde est de toutes les parties du temporal celle qui est le plus souvent affectée (n°s. 18, 19, 21, § IV, 25, note de la page 111, n°s. 26, § III, et 27). L'apophyse

mastoïde est composée de cellules dont une grande partie communique avec la caisse du tympan; les autres, remplies de substance médullaire, n'en sont séparées que par une membrane aussi mince qu'une bulle de savon.

§ XXIV. Quand la carie prend cette direction, le malade ressent dans la région mastoïdienne une espèce de gêne, de douleur sourde qui augmente par une forte pression; on y observe de l'empâtement; le périoste et le tissu cellulaire sous-cutané s'engorgent, s'enflamment; il se forme lentement un abcès derrière l'oreille, accompagné de peu de douleur et de chaleur; la peau qui le recouvre devient rouge, brune, violacée, s'amincit et finit par perdre sa cohésion et se perforer; le pus qui en sort est mal élaboré, fétide, semblable en un mot à celui des abcès formés par la carie d'un os voisin. Cette ouverture reste fistuleuse; en y introduisant un stylet, on rencontre l'os à nu, et le plus souvent on pénètre avec assez de facilité dans les cellules mastoïdiennes (n°. 18), et même dans la cavité du tympan. Le liquide qu'on y injecte sort par le conduit auditif (n°. 26) ou la trompe d'Eustache. Quelquefois la suppuration fournie par la fistule alterne avec celle du conduit auditif, ou est remplacée par des symptômes d'inflammation de quelque autre organe, et surtout de ceux qui sont renfermés dans la cavité du crâne (n°. 18); d'autres fois, l'ab-

cès ne s'ouvre pas au-dehors, mais se vide dans la cavité du tympan, et il augmente de volume quand l'écoulement est supprimé (n°. 27) pour s'affaisser quand il reparaît. Dans d'autres cas, le pus décolle la peau, fuse entre elle et les muscles du cou, et vient se faire jour plus ou moins bas.

On ouvre quelquefois ces abcès avec le bistouri ou la potasse caustique. Je crois qu'un praticien prudent devrait s'en abstenir : il n'en peut résulter aucun avantage pour le malade. Il peut survenir des accidens indépendans de cette ouverture, mais qu'on ne manque pas de lui attribuer. Le malade peut mourir peu de temps après, comme cela est arrivé dans l'observation rapportée par Morgagni (n°. 25); et dans celle de Beaugrand (note de la page 111). M. Itard rapporte aussi un cas dans lequel la marche de la maladie a été accélérée d'une manière remarquable par l'ouverture de l'abcès; au contraire, M. Blanc (n°. 34) n'a eu qu'à s'applaudir de l'avoir abandonné à lui-même. On en a vu sur le point d'être ouverts se vider dans la caisse du tympan par la destruction du périoste et de la lame de tissu compacte qui séparait l'abcès de la carie.

Quand elle suit une marche lente, elle arrive jusqu'au périoste avant d'avoir produit aucun abcès sous-cutané; le périoste enflammé se détruit, le tissu cellaire suppure; mais le pus s'écoule à mesure dans la cavité du tympan; enfin l'inflammation s'étend à la

peau, elle se perfore; il s'établit une fistule sans qu'il ait existé d'abcès proprement dit.

Quand la carie marche encore avec plus de lenteur, l'apophyse mastoïde s'affaisse peu à peu et disparaît presque entièrement sans que les parties molles qui la recouvrent soient affectées : c'est pourquoi, dans tous les cas d'écoulement de l'oreille, il est important de comparer le volume des deux apophyses mastoïdes.

Après avoir détruit les cellules mastoïdiennes, la carie s'étend très souvent à celles qui forment la base du rocher, et gagne ainsi l'intérieur du crâne (n°s. 26 et 33).

§ XXV. La partie du temporal qui est le plus souvent affectée de carie après l'apophyse mastoïde est la portion du rocher qui loge les canaux demi-circulaires. Aboutissant au vestibule, et par lui à la caisse du tympan, ils sont très exposés à participer à l'inflammation de cette cavité, cause première de l'otorrhée.

Le canal demi-circulaire supérieur n'est séparé de la cavité du crâne que par une lame fort mince de tissu compacte : voilà pourquoi c'est presque toujours la face supérieure du rocher qui se détruit, pourquoi c'est vers la partie postérieure de cette face que s'établissent les communications de la cavité du crâne avec celle de l'oreille, pourquoi c'est la portion du cerveau qui repose sur cette partie du rocher qui est presque toujours le siége des abcès

(n°s. 19, § III; 21, § III; 23, 28, 29; 30 et 33). Vous concevez aussi maintenant pourquoi « le pus se dirige et s'accumule *de préférence* autour du rocher et *particulièrement sur sa face antérieure,* » ainsi que le fait remarquer M. Itard.

§ XXVI. La carie suit quelquefois l'aquéduc du limaçon. C'est alors sur la surface interne du rocher, au-dessous de la tente du cervelet, qu'elle vient aboutir dans la cavité du crâne. C'est dans ces cas que le cervelet est affecté. Les observations 25 et 26 ne laissent aucun doute à cet égard, tant les descriptions de Morgagni sont précises. Voyez aussi l'observation 21e.

§ XXVII. D'autres fois la carie s'étend à l'aquéduc de Follapia, probablement par l'ouverture qui donne passage à la corde du tympan. Cette direction est encore une des causes qui font que la carie gagne la face supérieure du rocher en suivant l'hiatus de Fallopia. Elle est annoncée par des symptômes assez caractéristiques. Le malade éprouve, dans le principe, de vives douleurs, des contractions spasmodiques de la face, semblables à celle du tic douloureux. Enfin la paralysie des muscles survient quand le nerf facial est désorganisé (n°. 26, § III). J'en ai rencontré cinq exemples, dans tous, les malades offraient le facies des apoplectiques; l'un d'eux est mort à l'Hôtel-Dieu, d'une maladie étrangère à l'oreille. J'ai trouvé le nerf facial désorganisé; l'aquéduc de Fallopia détruit, ainsi qu'une

partie du rocher environnant. Le premier jardinier du jardin de l'École de médecine de Montpellier a offert les mêmes symptômes, auxquels succédèrent du trouble dans les fonctions intellectuelles, un état comateux et une longue agonie. J'ai appris qu'on avait trouvé après la mort le rocher détruit presque en totalité et un abcès dans le cerveau. Mais je n'ai pu me procurer des détails plus circonstanciés.

§ XXVIII. Enfin la carie peut suivre la direction du conduit auditif interne (n°. 31) ; mais ce cas est le plus rare, sans doute parce que ce conduit ne communique pas directement avec la caisse du tympan.

§ XXIX. Quoique je me sois arrêté séparément à ces différentes altérations, vous concevez qu'il est rare que la carie suive une seule direction. La même cause qui a produit l'altération d'une des parties de l'os agit tôt ou tard sur les autres ; la totalité du rocher peut même être détruite (n°. 32), de manière qu'on ne trouve plus après la mort qu'un vaste sac membraneux formé par la dure-mère. La carie peut même s'étendre au-delà du rocher. Vous avez vu, dans l'observation de M. Beaugrand (note de la p. 111), que la carie s'était étendue de l'apophyse mastoïde à l'occipital, avait détruit l'articulation de cet os avec la première vertèbre, et même l'apophyse odontoïde de la seconde. J'ai vu un cas semblable à l'hôpital Saint-Eloi ; la

carie s'était même étendue au corps de la seconde vertèbre; il en était résulté une déviation de la tête, qui était inclinée sur l'épaule du côté malade, une paralysie incomplète des membres supérieurs, un gonflement douloureux du cou, etc.

§ XXX. La surdité est le symptôme le plus constant des caries de l'oreille; cependant on a des exemples de destruction presque complète du rocher avec conservation de l'ouïe, ou du moins sans que l'ouïe ait été entièrement perdue (n°. 32); ce qui tient à ce que les portions du rocher qui logent les ramifications du nerf auditif avaient été conservées. Mais on ne pourrait pas conclure en sens inverse de ce que l'ouïe est perdue, que ces portions du rocher soient cariées, ni même qu'il y ait carie, la surdité pouvant dépendre de l'obstruction de la caisse du tympan, etc., etc.

§ XXXI. Quels que soient, au reste, le siége et la direction de la carie, lorsqu'elle arrive, la dure-mère ne tarde pas à se décoller et à s'enflammer, ainsi que l'arachnoïde, et presque toujours la portion correspondante du cerveau prend part à l'inflammation.

Quelquefois, à cette époque, les malades succombent tout à coup après avoir éprouvé des symptômes spasmodiques plus ou moins violens, et l'on ne trouve aucune altération dans la substance du cerveau, parce que l'inflamation n'a pas duré assez long-temps (p. 81, § III). Quand elle a persisté

davantage, on trouve un ramollissement de la substance cérébrale (n°. 17) ou un abcès. Si le malade résiste, la dure-mère se perfore, des adhérences s'établissent avec l'arachnoïde, tout autour des portions désorganisées. Cette dernière se détruit aussi; la substance cérébrale qui sépare l'abcès de la carie suppure, et l'abcès se vide dans la cavité du tympan ; le pus sort par le conduit auditif externe, et se mêle à celui qui est fourni par la maladie de l'oreille ; les accidens diminuent ou semblent même disparaître entièrement, surtout ceux qui tiennent à la compression ; une membrane s'organise à la surface du foyer purulent, et forme un cul-de-sac qui fournit une suppuration abondante (n°s. 28, 29, 32). C'est l'otorrhée symptomatique de M. Itard.

§ XXXII. Mais la carie peut s'étendre d'une manière lente jusqu'à la dure-mère ; la suppuration qu'elle produit peut s'écouler par la trompe d'Eustache, de sorte que la maladie ait déjà produit de grands ravages, sans que le malade ait éprouvé d'autre incommodité qu'une douleur sourde à laquelle il attache peu d'importance : qu'à cette époque la dure-mère s'enflamme et se détruise ainsi que l'arachnoïde ; qu'un abcès se forme dans le cerveau, se vide dans la caisse du tympan déjà ouverte, et produise la rupture de la membrane tympanique, on croira que l'inflammation du cerveau est primitive, parce que les symptômes d'affection cérébrale se sont développés tout à coup, sans avoir été pré-

cédés d'écoulement par le conduit auditif externe, et parce qu'ils ont diminué après la rupture de la membrane du tympan.

Si, au contraire, une otite aiguë produit rapidement la carie du rocher (et nous l'avons vu par l'observation de Sabatier, avec quelle promptitude elle pouvait s'étendre jusqu'à la dure-mère), et détermine en même temps l'inflammation de la portion correspondante du cerveau et de ses membranes, il peut arriver qu'au moment où l'abcès du cerveau sera formé, la dure-mère et le rocher soient détruits, et que le pus trouve une voie pour s'échapper au-dehors. Vous concevez qu'alors les symptômes de l'otite se confondant avec ceux de l'encéphalite, et ces derniers diminuant après l'évacuation de la suppuration, on pourrait croire que l'affection du temporal a été due à la présence du pus. Il est très probable que c'est ainsi que les choses se sont passées chez M. Leblanc (n°. 34). Toutes les observations qui ont fait croire à Avicenne, à Bonnet, à Laubius, qu'un abcès formé dans le cerveau avait détruit le rocher pour se vider dans la caisse du tympan, doivent être rapportées à l'une des deux espèces de carie du rocher que nous venons d'examiner. C'est par un de ces modes de destruction de l'os, qu'il faut expliquer les otorrhées *cérébrales primitives* de M. Itard.

§ XXXIII. Au moment que la carie arrive jusqu'à la dure-mère et que l'inflammation de cette membrane

s'étend à l'arachnoïde et au cerveau, il s'opère vers l'intérieur du crâne une fluxion qui peut être assez intense pour déplacer celle qui s'opérait vers l'oreille : alors l'écoulement qui avait lieu par le conduit auditif cesse ou diminue d'une manière notable. A l'ouverture du corps, on trouve la dure-mère détruite, couverte de pus, ou en contact avec un abcès, et on en conclut que c'est le pus de l'oreille qui s'est porté dans la cavité du crâne ; ou bien un abcès, après s'être vidé dans la caisse du tympan, laisse un espèce de cul-de-sac, dans lequel se forme du pus qui va se joindre à celui qui est fourni par la carie : une inflammation aiguë s'empare de la substance cérébrale qui entoure le foyer, et de l'arachnoïde elle-même ; l'écoulement de l'oreille se supprime ou diminue ; on trouve après la mort une communication établie entre la cavité du tympan et le foyer purulent, et sans tenir compte des autres altérations, on attribue les accidens observés après la suppression de l'écoulement et la mort à l'épanchement du pus de la cavité du tympan dans celle du crâne. De-là les explications mécaniques de Morgagni. Cependant, en examinant avec attention, on trouve des traces de la dernière maladie, comme un épanchement dans les ventricules, ou un ramollissement de la substance cérébrale qui environne le kyste [n°s. 28 et 29] (1).

(1) Vous trouverez dans Lieutaud (Hist. anat. méd., L. 5,

§ XXXIV. Lorsque la maladie de l'oreille s'étend aux organes contenus dans la cavité du crâne par continuité de tissus, c'est-à-dire parce que la carie arrive jusqu'à la dure-mère, le cerveau n'est jamais affecté seul, ses membranes le sont toujours avant lui, et quelquefois sans lui. Dans le mélange des symptômes qui appartiennent à l'inflammation de l'arachnoïde et du cerveau, ce sont ordinairement les premiers qui prédominent. Dans un assez grand nombre de nos observations, cette inflammation simultanée a suivi une marche plus ou moins aiguë, et a produit les symptômes que nous avons toujours marqués dans ces sortes de complications (*voy*. nos. 17, 18, 21, 22, 25, 26, 28 et 30); dans d'autres la maladie a été chronique (nos. 29 et 32); dans plusieurs les symptômes n'ont pas été décrits. Sabatier, par exemple, no. 23, s'est contenté de parler de *fièvre putride*; Baillou, de fièvre et de céphalalgie, no. 24; M. Goutard, no. 33, de « fièvre continue avec redou-» blement, accompagnée de tous les symptômes qui » caractérisent les fièvres putrides. »

---

obs. 121) un fait de cette nature que je ne vous ai pas rapporté, parce qu'il est tronqué comme tous ceux qu'il a entassés dans son indigeste ouvrage.

« Il s'agit d'une jeune fille de dix-huit ans qui mourut d'une *fièvre putride*, accompagnée de douleurs de tête des plus violentes. Après la mort, on trouva le cerveau de couleur *jaunâtre*, renfermant un abcès du volume d'un œuf de poule plein d'un pus sanieux, en contact avec le rocher qui était carié. »

§ XXXV. Ayant négligé de recueillir l'histoire de la plupart des maladies de l'oreille que j'ai eu l'occasion d'observer, parce que je ne pensais pas que j'aurais à m'en occuper un jour, je n'ai pas voulu les rédiger de mémoire, et je n'ai pu que réunir les observations éparses dans les auteurs ; mais parmi celles que je vous ai rapportées, il en est beaucoup qui sont peu satisfaisantes sous le rapport des symptômes d'affections du cerveau et de l'arachnoïde, complication qui fait toute la gravité des maladies de l'oreille, et vous avez dû remarquer ici, comme pour les observations de ramollissement, de suppuration, etc., que plus elles étaient anciennes, plus elles étaient obscures et incomplètes ; j'ai dû cependant vous les rapporter à cause de quelques détails anatomiques qu'elles contenaient, ou parce qu'elles avaient servi de base à quelque opinion particulière. Au reste, comme les symptômes de ces complications varient suivant le siége et l'intensité de l'inflammation qui les produit, il était impossible d'en donner une description générale, et cela était inutile parce qu'ils ressemblent exactement à ceux des affections semblables, soit simples, soit compliquées, que nous avons examinées ou que nous étudierons par la suite.

Ce qui était important à bien connaître, c'était l'influence des maladies de l'oreille sur les organes contenus dans la cavité du crâne, la marche et les progrès de la carie vers cette cavité, afin d'éveiller

l'attention des praticiens sur des affections insidieuses et peu connues, et de relever quelques opinions erronées échappées à ceux qui se sont occupés de ce sujet.

§ XXXVI. Quoique la carie du rocher se termine presque toujours par quelque affection du cerveau ou de ses membranes qui amène la mort, il existe quelques exemples de guérison obtenue dans des cas désespérés. Quelque rares qu'ils soient, je crois devoir vous en citer quelques uns pour que vous ne désespériez pas trop tôt des ressources de la nature.

M. Itard, tome Ier., page 238, rapporte une observation de guérison spontanée d'otorrhée purulente, suite d'otite produite par un froid humide, et compliquée de carie de l'apophyse mastoïde, avec abcès, etc.

M. Baratte a consigné dans l'ancien *Journal de médecine*, tome VII, une observation de guérison d'otorrhée purulente produite par une chute. On fut obligé d'enlever une partie du muscle temporal et du péricrâne; le cautère actuel, les caustiques, les balsamiques, etc., furent employés sans succès : enfin des injections avec une solution mercurielle procurèrent l'exfoliation et amenèrent la guérison.

Vous trouverez dans l'*Histoire de la Société royale de médecine, pour les années* 1780 *et* 1781, l'observation d'un officier nommé de Grand-Fort, qui, étant en sueur, reçut sur le côté gauche de la tête un vent très froid et fut pris d'une otite très

grave. Plusieurs abcès se formèrent autour de l'oreille; non-seulement le temporal était carié, mais encore le pariétal, dont une partie se détacha et laissa la dure-mère à nu. Dix-neuf pièces d'os furent extraites, parmi lesquelles on crut reconnaître les osselets de l'ouïe; au bout de dix-sept mois le malade était presque entièrement guéri. Je vous ferai observer toutefois que cette maladie de l'os paraît avoir plus de rapport avec la nécrose qu'avec la carie.

M. Itard rapporte, tome Ier., page 283, une observation remarquable de guérison de carie du temporal, produite par une maladie vénérienne, dont le malade portait d'autres symptômes. Le traitement consista en pilules mercurielles portées jusqu'à la salivation, et en injections dans l'oreille d'une solution de sublimé.

Le docteur Richard Grattan a rapporté dans le *Medico-chirurgical Journal*, octobre 1819, p. 231, une observation de guérison d'otite produite par un refroidissement de la tête, et suivie de carie de l'apophyse mastoïde : elle est plus remarquable que les précédentes, en ce que les symptômes d'inflammation aiguë du cerveau et de l'arachnoïde ne sont point équivoques. Le traitement consista en plusieurs saignées par l'artère temporale et la veine jugulaire, et en calomel poussé jusqu'à la salivation.

Une chose très importante à remarquer, c'est que dans toutes ces observations, dans celle de cette jeune personne qui éprouva un accident en cabriolet

(obs. 31, § II); dans celle de M. Leblanc, qui reçut une commotion à la tête en regardant au-dessus d'un creuset plein de métal coulant; dans tous ces cas, dis-je, la maladie a été produite par une cause accidentelle, tandis qu'à peine on peut citer une observation de guérison de carie du temporal, suite d'otorrhée développée spontanément chez des individus d'un tempérament lymphatique bien prononcé, offrant des traces de vice scrophuleux. M. Itard en rapporte cependant un exemple tome Ier., page 281.

Je ne pourrais, sans m'éloigner par trop de mon sujet, vous parler du traitement des maladies de l'oreille; j'aurais d'ailleurs peu de choses à ajouter aux excellens préceptes que M. Itard a consignés dans l'ouvrage que je vous ai si souvent cité et auquel je dois vous renvoyer comme contenant tout ce qu'une longue expérience et une grande sagacité lui ont appris de positif sur ce sujet.

RECHERCHES
ANATOMICO-PATHOLOGIQUES
SUR
L'ENCÉPHALE
ET SES DÉPENDANCES.

CINQUIÈME LETTRE.

Indurations ou tumeurs rouges.

Nous avons étudié les altérations du cerveau dans l'ordre suivant lequel l'inflammation les produit ; passant des ramollissemens avec injection sanguine aux infiltrations de pus, aux abcès récens, enfin aux abcès enkystés, nous avons vu, dans la dernière lettre, que l'état du kyste dépendait de l'ancienneté de l'abcès, mais que la formation du pus avait été accompagnée de symptômes dont la marche et l'intensité annon-

çaient tantôt une inflammation aiguë ou subaiguë, tantôt une inflammation chronique : nous avons vu que les accidens diminuaient à mesure que la fluxion se dissipait, qu'ils disparaissaient même complétement, lorsque le pus était réuni en foyer, pourvu que celui-ci ne fût pas trop considérable ; qu'ils se renouvelaient, lorsqu'une nouvelle inflammation était provoquée par la présence de la première lésion, etc.; d'où il résulte qu'un abcès enkysté, pour être plus *ancien* qu'un abcès ordinaire ou un ramollissement, n'est pas toujours, par ce seul fait, le produit d'une inflammation plus *chronique*; et qu'il faut distinguer, dans l'étude des symptômes, ceux qui accompagnent la production de l'altération de ceux qui sont produits par sa seule présence ou par les maladies consécutives qu'elle provoque.

Ces considérations sont parfaitement applicables aux autres *altérations anciennes*, qu'on a regardées comme des maladies *chroniques*, parce qu'on n'a pris en considération que leur durée totale, et qu'on a appelées *lésions organiques*, par excellence, sans doute parce qu'elles modifient d'une manière plus frappante et plus durables la texture des organes.

Quand on veut étudier la cause et le mécanisme de la formation, de l'accroissement de ces *altérations anciennes*, il faut bien rapprocher les changemens trouvés après la mort des symptômes observés pendant la vie. On voit alors que la durée totale de la maladie se partage en différentes époques distinctes,

entre lesquelles la lésion organique n'a donné lieu le plus souvent à aucun symptôme; que ceux qu'on a observés à ces différentes époques ont été produits par de nouveaux changemens survenus dans les tissus déjà altérés ou dans les parties qui étaient restées saines.

On trouve souvent, après la mort, des traces distinctes de chacune de ces périodes, dont les caractères n'ont pas toujours été les mêmes à chaque époque. On voit aussi qu'une première lésion provoque souvent, dans des organes plus ou moins voisins, des maladies consécutives, dont les symptômes deviennent prédominans, modifient ou masquent complétement ceux de la lésion primitive. C'est principalement parce qu'on n'a pas fait toutes ces distinctions dans l'étude des *altérations anciennes*, que leur histoire est encore aujourd'hui si peu avancée.

En effet, c'est par elles qu'a commencé l'anatomie pathologique. Plus apparentes, plus permanentes que des injections variables, souvent fugaces, qu'une simple diminution de cohésion, elles ont attiré l'attention des premiers praticiens qui ont ouvert des cadavres : aussi leurs ouvrages ne contiennent guère que des exemples de *tumeurs* de toute espèce. Mais ces observations ne peuvent guère être utiles aux progrès de la science, parce que tous les symptômes sont attribués à une seule cause, la présence de la tumeur, et que d'ailleurs la plupart de ces altérations étaient précieusement conservées intactes dans l'alcool.

D'un autre côté, l'étude des *altérations anciennes* présente des difficultés qui tiennent à leur ancienneté même. L'histoire des symptômes qui leur appartiennent ne peut jamais être aussi complète, aussi satisfaisante que celle des lésions récentes, parce qu'il est rare que ce soit le même médecin qui ait traité le malade depuis le début des premiers accidens jusqu'à la mort, et qu'il arrive encore plus rarement peut-être qu'un praticien recueille et conserve avec soin des notes, chaque fois qu'il est appelé pour le même malade.

Les opinions qui ont régné à diverses époques sur les fonctions des diverses parties du cerveau, ont aussi exercé beaucoup d'influence sur la rédaction des observations relatives aux *lésions organiques* de ce viscère. La plupart du temps elles ne font mention que de ce qui peut être favorable ou contraire à telle ou telle hypothèse; le reste est entièrement négligé.

Toutefois les difficultés qui naissent de la manière dont les faits ont été rapportés, ne sont pas encore les plus graves, il est permis de ne pas s'en inquiéter beaucoup; mais il résulte de la comparaison attentive des observations qui méritent le plus de confiance, que des altérations semblables pour la couleur, pour la texture, pour le volume, et quelquefois occupant le même siége, ont été accompagnées, pendant la vie, de symptômes tout-à-fait différens, et qu'après des symptômes semblables, on a trouvé des altérations très-différentes par leur aspect, leur siége, leur volume, etc.; en sorte que celui qui ne cherche pas des

observations pour appuyer une opinion préconçue, mais qui veut avec conscience tenir compte de tous les faits bien observés, se trouve jeté d'abord dans la plus pénible incertitude. Après être resté long-temps plongé dans une profonde obscurité, s'il finit par remarquer des circonstances qui n'avaient pas encore été aperçues, par voir nettement les objets, sous toutes leurs faces, comment les montrera-t-il à d'autres sous les mêmes points de vue? Ne pouvant les exposer en même temps pour en faire ressortir les rapports et les différences, par où commencera-t-il? quel ordre suivra-t-il?

Baglivi a dit avec une justesse admirable, en comparant les observations particulières aux lettres de l'alphabet : *Licet per se inutiles sint, variè tamen collectœ et inter se collatœ ac dispositœ, verum naturœ idioma constituunt* (1). Mais ici leur distribution paraît également embarrassante, soit qu'on les rapproche sous le rapport des symptômes, soit qu'on prenne pour point de départ les altérations pathologiques. Pour nous le choix ne pouvait être douteux. Jusqu'à présent nous avons toujours eu pour but de rechercher la cause des altérations pathologiques, le mécanisme de leur formation, les symptômes qui les accompagnent, etc. : nous ne pouvions pas changer de marche, c'est d'ailleurs la seule qu'on puisse suivre utilement pour le moment.

---

(1) Baglivi, *praxis*, *lib.* II, *cap.* 3, §. iij.

Mais les faits examinés sous ce rapport ne peuvent encore former une série continue ni des divisions tranchées et parfaitement circonscrites. Il en est toujours quelques-uns qui ont quelques points de contact avec ceux qui se ressemblent le moins. C'est ce qui m'a forcé de les rapprocher d'après leurs plus grandes affinités, d'en former des groupes aussi naturels que possible, sans avoir la prétention de les séparer d'une manière rigoureuse. Au reste, ces difficultés se présentent dans toutes les sciences d'observation : cette distribution a été admise dans toutes, à mesure qu'elles sont devenues plus positives. Qu'importe d'ailleurs qu'on étudie ces groupes séparément, si l'on n'en fait pas autant d'êtres à part, s'ils s'enchaînent naturellement, et répandent les uns sur les autres une lumière mutuelle; si, après les avoir étudiés l'un après l'autre, on les envisage sous un point de vue plus général pour en avoir une idée plus nette et plus complète?

L'augmentation de densité étant le caractère le plus remarquable et le plus constant de toutes les altérations que nous allons examiner, nous étudierons les *indurations*, comme nous avons étudié les ramollissemens, pour en rechercher la cause, le mécanisme, etc., etc. Pour rappeler ce caractère commun, nous emploierons les expressions génériques d'*endurcissement* ou *d'induration* de préférence aux mots usités, qui tendent à faire croire que les altérations qu'ils désignent sont de nature tout-à-fait différente. Nous commencerons par l'espèce d'induration qui cor-

respond aux ramollissemens de la première lettre, et ainsi de suite.

N° I.

Six attaques de paralysie à *droite*. Mort au bout de cinq mois. — *Induration lamineuse à la face interne du lobe moyen gauche : au-dessous, tumeur du volume d'un œuf de poule à couches concentriques, plus denses au centre qu'à la circonférence, mêlées de jaune et de rouge ; substance cérébrale environante, ramollie et mêlée de rouge et de blanc.*

Pierre Aubert, âgé de cinquante-cinq ans, d'une constitution sèche, d'une taille au-dessus de la moyenne, eut, dans le mois d'avril 1824, une attaque de paralysie qui affecta le côté *droit* du corps. Elle céda à une saignée et à des vésicatoires. Quinze jours après, il eut une seconde attaque semblable à la première, et fut apporté à l'Hôtel-Dieu, le 5 mai, dans l'état suivant : Perte presque complète du mouvement dans tout le côté *droit* du corps, plus prononcée au membre supérieur qu'à l'inférieur, sans roideur ni convulsions ; sensibilité assez conservée dans les deux membres, pour que le malade exprime d'une manière non équivoque la douleur qu'il éprouve quand on le pince ; facultés intellectuelles diminuées, face animée, parole nulle, langue embarrassée, sortant de la bouche avec difficulté et en tremblant. Les efforts que fait le

malade pour s'exprimer, indiquent qu'il a la conscience de ce qui se passe autour de lui; son impuissance l'afflige même au point qu'il verse des larmes quand on l'interroge; mais les impressions qu'il éprouve sont fugaces : quelques paroles consolantes le mettent en bonne humeur; il rit aussi facilement qu'il pleure. Pouls plein, régulier, assez fréquent; respiration naturelle, appétit presque nul, ventre un peu resserré. (Saignée de six onces, eau de veau, petit-lait, lavement purgatif, bouillon.)

Les jours suivans point d'amélioration sensible. (Sangsues au cou, séton à la nuque.) Le 9, céphalalgie intense. (Douze sangsues de chaque côté du cou.) Depuis ce moment les mouvemens deviennent plus faciles, dans la jambe d'abord, ensuite dans le bras, et se rétablissent presque entièrement. Le 20, le malade parle plus facilement, peut se tenir à son séant et serrer presque aussi fort avec la main droite qu'avec la gauche.

Le 21. Sans cause connue, les mouvemens redeviennent peu à peu embarrassés dans tout le côté *droit*; la raison s'affaiblit, et l'on n'obtient plus du malade que des pleurs ou des juremens. (Saignée, sangsues, bouillons.)

Les jours suivans, retour de la sensibilité et du mouvement, commençant toujours par le membre inférieur; rétablissement incomplet de l'intelligence.

Le 14 juin, le malade ayant voulu se lever, tombe à deux pas de son lit, et se blesse légèrement à l'angle

externe de l'œil *droit*. Le soir, face rouge, tendance au sommeil, abolition complète du mouvement dans le côté *droit*, conservation d'un peu de sensibilité, déviation de la bouche à *gauche*; pendant l'expiration, léger soulèvement de la joue paralysée, par l'air qui remplit la bouche. (Saignée du pied droit, de quatre onces; pansement simple de la plaie.)

Les jours suivans, plusieurs applications de sangsues vers la base du crâne; retour de la sensibilité, puis du mouvement dans le membre inférieur, et plus tard dans le supérieur; appétit presque naturel, gaîté, selles régulières.

Le 4 août, nouvelle chute, nouvelle blessure au côté externe de l'orbite *droit*. En relevant le malade, on remarque de la roideur dans le côté *droit* qui est de nouveau paralysé. (Traitement antiphlogistique). Diminution lente et incomplète des accidens. On met au malade la camisolle de force pour le retenir dans son lit.

Dans la nuit du 1er septembre, il parvient encore à se lever, et fait une troisième chute semblable aux précédentes. Le lendemain, à la visite, paralysie du mouvement, diminution du sentiment avec légère roideur du côté *droit*; fièvre, coma, sueur abondante, rougeur de la face. (Saignée du bras, pédiluve; le soir, sangsues au cou.)

Le 2. Face pâle, expression sévère et menaçante, amaigrissement rapide, insensibilité complète du côté *droit*, langue rouge et sèche, diminution de la suppura-

tion du séton; excoriation de la peau qui recouvre le sacrum. (Sinaspismes aux jambes.)

Le 4 septembre. Insensibilité générale. Mort le soir sans convulsions.

Ouverture du cadavre trente-six heures après la mort.

Dure-mère saine. Arachnoïde et pie-mère injectées et difficiles à détacher de la convexité des hémisphères; sur presque toute la surface du lobe moyen *gauche*, la substance grise des circonvolutions reste adhérente à la pie-mère. Vers la partie moyenne de la face interne ou plane du même hémisphère *gauche*, l'arachnoïde est encore plus intimement unie à la substance grise; dans un point même, elle est entièrement confondue avec une plaque *cellulo-cartilagineuse* d'un pouce de diamètre, épaisse dans son centre d'une ligne et demie, adhérente elle-même à la substance cérébrale sous-jacente; cette dernière est *ramollie, diffluente*, et sans aucune trace de circonvolutions ni d'anfractuosités. Sur le milieu de sa *face convexe*, le même lobe moyen gauche offre une mollesse imitant assez bien la fluctuation; incisée dans cet endroit, la substance médullaire est comme diffluente. Dans quelques points, *du sang est infiltré d'une manière diffuse dans la substance désorganisée, et semble combiné avec elle;* dans tous les autres points, la substance ramollie est d'un *blanc crêmeux* et homogène. Après avoir enlevé les parties désorganisées, on sent du côté interne, *vers la plaque cartilagineuse*, un noyau d'une densité plus grande que celle des parties

saines, d'une forme sphérique, du volume d'un *œuf de poule*, occupant la partie du lobe moyen qui repose sur le ventricule gauche, au-dessus du corps calleux, et à la hauteur de la couche des nerfs optiques. Ce noyau incisé dans plusieurs directions, présente des tranches à surface *aréolaire*, d'un *blanc sale*, mêlé de *jaune* et de *rouge*. Le rouge est très-vif dans certains endroits; dans d'autres, surtout au centre, le jaune est bien tranché. En grattant la surface de ces tranches avec la pointe d'un scalpel, on enlève des lamelles de matière comme pultacée, sans aucune apparence fibreuse. La trame celluleuse du cerveau semble servir de canevas à cette organisation. Les couches les plus voisines de la circonférence sont *sensiblement moins denses et moins solides* que celles du centre leur teinte est aussi moins foncée. Une pression un peu forte produit l'écrasement des morceaux; la section par l'instrument tranchant n'est accompagnée d'aucun bruit semblable à celui que produit la division des tissus fibreux ou squirrheux. Cette altération enfin rappelle à l'esprit l'hépatisation du poumon.

Le reste du cerveau ne présente rien de particulier, non plus que la moelle épinière.

Cette observation a été recueillie par M. Dalmas, alors élève interne à l'Hôtel-Dieu. Je la dois à l'obligeance de M. le professeur Dupuytren. Ce célèbre praticien a mis à ma disposition ses riches et nombreux cartons, avec un empressement dont je

lui conserverai toujours une vive reconnaissance.

§. I. L'histoire d'Aubert est une des plus importantes de toutes celles que j'aurai à vous rapporter ; elle nous ramène aux altérations récentes que nous avons examinées dans les deux premieres lettres, et jette une vive lumière sur la plus part de celles dont nous nous occuperons par la suite; j'aurai souvent à vous la rappeler. Examinons la donc avec attention dans ses plus petits détails.

Le malade a éprouvé, dans l'espace de cinq mois, six attaques de paralysie. Dans les trois dernières, il s'est fait une contusion à la tête. Vous serez peut-être tenté de regarder la paralysie comme l'effet et non comme la cause de la chute; mais si vous remarquez que chaque fois la contusion a existé du côté de la tête correspondant à la moitié du corps qui venait d'être privée de mouvement, et que toutes les altérations existaient dans l'hémisphère opposé du cerveau, vous resterez convaincu que chaque chute a été produite par le retour subit de la paralysie, que ces attaques n'ont différé des précédentes que par la situation du malade au moment où elles sont arrivées. Du reste, toutes ont affecté les mêmes parties, ont présenté les mêmes caractères : elles ont donc été dues à la même cause agissant toujours sur le même hemisphère. Mais cette cause, quelle est-elle ? comment a-t-elle pu produire des altérations d'un caractère si différent.

§. II. Nous avons vu, dans les deux premieres lettres, l'inflammation aiguë du cerveau produire la paralysie

avec la même rapidité que l'hemorrhagie cérébrale, surtout dans les cas où une certaine quantité de sang était épanchée ou plutôt infiltrée dans la substance ramollie, comme combinée avec elle, de manière à présenter l'aspect d'une *sugillation*, d'une véritable *ecchymose*; et j'ai eu soin de vous faire remarquer que, sous le rapport des symptômes et de l'altération, la maladie paraissait alors tenir le milieu entre la congestion hémorrhagique et la fluxion inflammatoire. Au reste cette marche brusque de l'encéphalite aiguë est si commune, qu'il est inutile de vous en rappeler des exemples: sa ressemblance avec l'hémorrhagie cérébrale est même ce qui rend le diagnostic si difficile dans certains cas.

A cette occasion, j'ai souvent arrêté votre attention sur des phénomènes spasmodiques qui avaient précédé ou accompagné la paralysie produite par inflammation; je les ai regardés et je les regarde encore comme *pathognomoniques*, en ce sens que leur présence établit d'une maniere certaine le caractère inflammatoire de la maladie. Je n'ai pas prétendu qu'ils existassent constamment comme on l'a si souvent répété; je n'ai pas pu le dire, puisque j'ai rapporté moi-même des exemples du contraire. J'ai dit et je pense encore qu'étant souvent très fugaces, ces phénomènes spasmodiques ont bien pu n'être pas remarqués dans un temps ou l'on n'en tenait aucun compte; j'ai dit et je répète que, dans ces cas d'encéphalite aiguë, *à marche apoplectiforme*, les symptômes en question sont seuls caractéristiques. De là l'importance que j'ai dû y attacher, et

peut-être l'erreur de ceux qui ont cru m'adresser des objections. Quoi qu'il en soit, ces symptômes spasmodiques ont été bien prononcés dans les dernières attaques éprouvées par Pierre Aubert : quand on le releva le 4 août « on remarqua de la roideur dans le côté droit, de nouveau paralysé.» Le 1er septembre, troisième chute.« *Le lendemain*, à la visite, paralysie du mouvement, diminution du sentiment avec *légère roideur* du côté droit.» Peut-être a-t-il existé quelque chose d'analogue dans les autres attaques : les deux premières ont eu lieu hors de l'hôpital; d'un autre côté, les phénomènes spasmodiques se dissipent quelquefois, je ne puis trop le répeter, avec une grand rapidité : au reste, il suffit qu'on les ait constatés dans les deux dernières attaques, semblables aux précédentes, pour que leur réunion aux phénomènes paralytiques ne laisse aucun doute sur la nature inflammatoire de la maladie.

§. III. Examinons maintenant l'une après l'autre les différentes altérations trouvées dans l'hemisphère opposé au côté du corps qui a été le siége de tous les symptômes. « A la surface des circonvolutions, l'arachnoïde était entièrement confondue avec une *plaque cellulo-cartilagineuse* d'un pouce de diamètre, épaisse dans son centre d'une ligne et demie, adhérente elle-même à la substance cérébrale sous-jacente, ramollie, diffluente etc.» Vous avez déja vu dans la lettre deuxième n° 31, un exemple semblable. Le malade, après avoir éprouvé des symptômes d'encéphalite suivis

d'une amélioration sensible, fut trouvé mort dans son lit, sans que rien ait annoncé une fin si prochaine. « Dans l'étendue d'une pièce de trente sous, la substance corticale, adhérente à l'arachnoïde, était endurcie comme *cartilagineuse*... ; au contraire, toute la substance blanche sous-jacente était considérablement ramollie... » Nous avons conclu du rapprochement des symptômes et des altérations, que l'induration était le résultat d'une encéphalite ancienne, et le ramollissement l'effet d'une rechute. La ressemblance qui existe entre ces deux cas vous fera sans doute appliquer à l'un les réflexions que vous avez adoptées pour l'autre. En supposant toutefois qu'il vous reste quelque doute à cet égard, j'espère qu'ils seront complètement dissipés quand vous aurez lu une trentaine d'observations semblables que je vous rapporterai plus tard. Aussi par anticipation, vous pouvez admettre comme démontré que cette plaque *cellulo-cartilagineuse* était le résultat d'une ancienne encéphalite de la surface des circonvolutions.

Au-dessous existait un noyau arrondi, du volume d'un œuf de poule, d'une consistance moindre que celle de cette plaque, composé de *couches concentriques, sensiblement moins denses et moins solides à la circonférence qu'au centre*, et présentant plusieurs taches de couleur bien distincte : les unes d'un *rouge vif*, les autres jaunes ou d'un blanc sale. Aux environs de cette tumeur, la substance cérébrale ramollie, offrait les même nuances de couleur. Est-il rien de plus concluant que la réunion de toutes ces circonstances?

ne démontrent-elles pas clairement l'identité des deux altérations ? n'est-il pas évident que les différentes couches de la tumeur ont été dues à autant d'inflammations semblables à celle qui en dernier lieu a causé le ramollissement et la mort : inflammations terminées par induration, comme celle qui a produit la plaque *cellulo-cartilagineuse* voisine ; indurations d'autant plus consistantes qu'elles étaient plus aciennes.

Nous voyons donc ici réunies dans un petit espace toutes les nuances de densité que l'inflammation peut donner à la substance cérébrale depuis le ramollissement le plus complet jusqu'à l'état voisin du cartilage ; nous voyons toutes ces nuances bien distinctes, comme l'ont été pendant la vie les différentes périodes de la maladie, ou plutôt les différentes inflammations provoquées par une première induration, due elle même à une premiere inflammation. Nous ne pouvons pas douter que le développement de cette tumeur ait été dû au ramollissement et à l'induration successive des différentes couches de substance cérébrale en contact avec les parties déjà endurcies.

A en juger par la densité des tissus altérés, et par les nombreuses observations que je vous ai annoncées tout à l'heure, il paraît que la première inflammation s'est développée à la surface des circonvolutions, et que la présence de la plaque *cellulo-cartilagineuse* a provoqué la formation du noyau central de la tumeur sous-jacente, comme ce noyau central a provoqué la formation successive des couches concentriques ; et,

soit dit en passant, vous pouvez présumer, d'après ceci, que les indurations *lamineuses* ne diffèrent des tumeurs que par leur siége. Nous verrons, en effet, que ces *plaques*, ces *lames*, ne se rencontrent qu'à la surface des circonvolutions, ou des ventricules; ce qui revient à dire que l'induration affecte cette forme, parce que l'inflammation s'est plus étendue en surface qu'en profondeur, qu'elle est sphéroïde lorsque l'inflammation s'est développée à peu près également dans tous les sens. Mais lorsque de nouvelles inflammations provoquent l'induration de la substance cérébrale qui entoure une tumeur, les nouvelles altérations peuvent rester assez distinctes pour conserver l'aspect membraneux, en même temps qu'elles prennent la forme sphérique du premier noyau, sur lequel elles se moulent. C'est ce qui est arrivé chez Aubert.

§. IV. Mais, direz-vous, les choses ne se passent pas toujours d'une manière aussi claire; les tumeurs présentent bien rarement cette disposition par couches concentriques de plus en plus denses. Rien n'est plus vrai, et c'est aussi pour cela que j'attache un si grand prix à cette observation. Je vous rapporterai cependant deux exemples analogues, quoique moins intéressans, parce que les symptômes ont été moins bien observés; mais, pour ne parler que de ce que nous connaissons, est-il possible d'expliquer pourquoi, chez Aubert, les traces de chaque inflammation sont restées si distinctes, tandis que la plupart des tumeurs ne présentent ordinairement rien de semblable?

Remarquez d'abord que ces inflammations ont été nombreuses, que chacune d'elles a été éminemment aiguë, puisqu'elle a marché avec toute la rapidité, avec toute l'énergie de l'hémorrhagie cérébrale : ajoutez à cela qu'elles ont été suivies d'un rétablissement assez prompt, et à peu près complet; qu'il a existé entre elles un intervalle de temps assez considérable; et vous concevrez facilement que chaque inflammation a été assez intense pour laisser après elle une altération bien notable, que celle-ci s'est promptement organisée, comme le prouve la rapidité avec laquelle les symptômes ont disparu; qu'enfin toutes ces scènes inflammatoires ont été séparées les unes des autres d'une manière assez tranchée, et pendant assez long-temps, pour que l'altération produite par l'une fût complétement organisée avant que l'autre commençât. Dans aucune autre observation, les mêmes circonstances ne se sont présentées d'une manière aussi avantageuse : il n'est donc pas étonnant qu'on trouve rarement sur les tumeurs des traces nombreuses et bien distinctes d'inflammation.

§. V. Les différentes couches de la tumeur, ainsi que la substance cérébrale ramollie, offraient un singulier mélange de couleurs : le *rouge vif* était évidemment dû à la présence du sang; le *blanc* ou le *jaune* dépendaient de celle du pus : mais pourquoi cette bigarrure de sang et de pus dans l'une et l'autre altérations ?

Nous avons vu dans la première lettre que les ra-

mollissemens avec infiltration de sang, les *ecchymoses*, *sugillations*, *etc.*, avaient leur siége dans la substance grise; vous verrez qu'il en est de même des *indurations rouges ;* et cela devait être, si les unes ne sont que la suite des autres. Je vous ai rapporté plusieurs cas dans lesquels les substances, blanche et grise, simultanément affectées, étaient diversement colorées. Ces observations ressemblent trop à celle que vous venez de lire, et aux deux qui suivent, pour que je ne m'y arrête pas un moment.

Dans l'une (n° 6), « la substance blanche était molle et comme diffluente sous le doigt, *sans changement de couleur.* Le corps, cannelé du même côté, était aussi comme décomposé, mais réduit en une sorte de putrilage de couleur *lie de vin.* » Dans une autre (n° 12), il existait « au milieu du corps strié un épanchement, ou, pour parler plus exactement, une infiltration de sang dans la substance grise, en forme de noyau; car le sang paraissait moins épanché que *combiné* ou *mêlé* avec la substance cérébrale. L'espace occupé par cette *espèce* d'épanchement pouvait avoir un pouce et demi dans tous les sens. La substance blanche, dite centre ovale, était d'autant plus ramollie, qu'on l'examinait plus près du foyer sanguin; mais elle était restée *blanche :* il n'était pas possible de confondre ces deux altérations. » Dans une autre (n° 11), « du sang était épanché dans la substance grise du cerveau, et formait deux caillots séparés, chacun du volume d'une aveline. Autour de

chaque caillot, la substance cérébrale était fort injectée, pénétrée de sang comme infiltré. A la partie postérieure du ventricule, la pulpe cérébrale était ramollie, réduite en une espèce de *bouillie* presque diffluente sous le scalpel ; ses parois étaient même détruites en plusieurs points, *comme par suppuration*, *etc.* » Il s'est passé quelque chose de semblable dans l'observation 8 de la même lettre.

Revenons maintenant au cas d'Aubert. Vous savez que la substance grise des circonvolutions se replie à la surface du corps calleux, et l'accompagne assez loin avant de cesser. La tumeur avait son siége dans l'espace compris entre la surface plane du cerveau et le repli des circonvolutions qui recouvre le corps calleux : ainsi, elle était comprise entre deux séries de circonvolutions pénétrant plus ou moins profondément dans le centre ovale de Vieussens. Il n'est donc pas étonnant que les altérations aient porté à la fois sur de la substance grise et de la substance blanche. Ainsi, en dernière analyse, il ne s'est rien passé ici dont nous ne puissions nous rendre compte par les observations de la première lettre, et qui ne soit parfaitement conforme avec tout ce que nous connaissons déjà.

Voici une observation qui a beaucoup de ressemblance avec la précédente; elle m'a été communiquée par mon ami le docteur Ramon; je l'ai rédigée sur deux relations qui ont été recueillies séparément par deux élèves de la maison de Charenton, MM. Govin et Bayle.

N° 2.

Soixante ans, mauvais traitemens, attaque de paralysie renouvelée plusieurs fois, monomanie ambitieuse, déviation de la bouche à droite, congestions, affaiblissement progressif, etc. — *Arachnoïde dense, opaque, blanche; sérosité abondante, etc.; tumeur volumineuse à la surface de l'hémisphère* droit, *adhérente aux méninges, mêlée de blanc et de rouge; ramollissement environnant.*

Bailly (Jean-Pierre), âgé d'environ soixante ans, blanchisseur au *Point-du-Jour*, d'un tempérament éminemment sanguin, d'une famille exempte d'aliénation mentale, très-borné et faible de caractère, fut extrêmement tourmenté et même maltraité, en 1815, par les soldats anglais. Peu de temps après, il éprouva une *attaque de paralysie*, qui depuis *se renouvela à plusieurs reprises.* A partir de cette époque, ses facultés intellectuelles se dérangèrent d'une manière notable; il se manifesta un délire ambitieux, caractérisé par une croyance aveugle dans une fortune considérable, des projets de grandes entreprises, un désir extrême de se marier, un grand penchant à des actes de violence pour la moindre contrariété.

A l'époque de son arrivée à la maison royale de Charenton, le 30 janvier 1819, le malade offrait des symptômes très-prononcés de congestion chronique vers la tête. Outre le désordre moral, qui consistait

surtout dans l'affaiblissement de la mémoire et dans l'incohérence des idées, tournées du côté des richesses, il existait plusieurs symptômes de paralysie grave et déjà avancée : la démarche était chancelante, la parole embarrassée; il y avait incontinence d'urine, constipation opiniâtre et habituelle; *la bouche était légèrement contournée en haut, et du côté droit;* des douleurs vives se faisaient sentir dans l'intérieur du crâne et dans la région lombaire. Du reste, état de calme, douceur, docilité, cessation de l'agitation maniaque, qui, dans le principe, revenait par accès.

Pendant trois mois, état à peu près stationnaire. (Infusion d'arnica avec acétate d'ammoniaque; de temps en temps, lavemens purgatifs; moxa à la nuque.) Plus tard, augmentation notable de la congestion sanguine vers la tête, vertiges, éblouissemens, injection et haute coloration des tégumens de la face, augmentation de la faiblesse; réponses courtes par monosyllabes; parole lente, traînante; cessation des idées ambitieuses, et diminution notable de toutes les autres; appétit vorace. (Douze sangsues au cou; le lendemain, trois grains d'émétique; le surlendemain, douze autres sangsues.) Amélioration momentanée, suivie bientôt d'un affaiblissement plus prononcé; station et prononciation de plus en plus difficiles; déglutition embarrassée; plus tard, séjour forcé au lit; relâchement des sphincters, escarre au sacrum.

Le 30 juillet, perte subite de connaissance, face livide, respiration fréquente et bruyante. (Saignée de la jugulaire, répétée le lendemain matin.) Vers le soir, retour de la connaissance; réponses à quelques questions. Le lendemain, retour des mêmes accidens. Le 2 août, dans la matinée, convulsions assez violentes dans les muscles des membres supérieurs et inférieurs. Mort une demi-heure après.

Nécroscopie. Crâne très-dur, adhérence très-forte des os à la dure-mère : sous cette membrane, épanchement considérable de sérosité. Arachnoïde extérieure épaisse, blanche, dense, opaque, d'un blanc laiteux, surtout à la partie supérieure de chaque hémisphère; scissures de Sylvius complétement oblitérées par de fortes adhérences, pie-mère d'un rouge-brun, énormément infiltrée de sérosité jaunâtre, mais diaphane; ventricules latéraux beaucoup plus spacieux que dans l'état naturel, contenant chacun environ trois onces et demie de sérosité limpide; parois tapissées de granulations très-développées; troisième et quatrième ventricules également baignés de sérosité, et granuleux : on en trouva aussi beaucoup à la base du crâne, et dans le canal rachidien. A la partie extérieure et supérieure de l'hémisphère *droit*, tumeur du volume d'un gros œuf, logée dans la substance cérébrale, dépassant un peu le niveau des circonvolutions, adhérente par toute sa face supérieure à la dure-mère, dont un léger effort la sépare, en laissant la surface de la membrane inégale et rugueuse; de figure

allongée d'avant en arrière, aplatie de haut en bas, arrondie dans sa circonférence, d'environ trois pouces dans son plus grand diamètre, sur un pouce d'épaisseur; substance cérébrale environnante, ramollie et même diffluente, surtout celle qui est en contact immédiat avec la tumeur; un peu plus loin, elle a la consistance de la bouillie dans l'étendue d'un pouce environ dans tous les sens. La tumeur, fendue suivant sa longueur, présente à la surface de la section deux couleurs bien distinctes, l'une *rouge* et l'autre *blanche*, diversement entremêlées; sa consistance est à peu près celle du foie; sa ténacité est plus grande; elle crie sous l'instrument qui l'incise; des fibres blanchâtres, convergentes, très-résistantes, entremêlées avec un tissu d'apparence spongieuse formant son parenchyme, qui ressemble assez à celui du testicule, quand, après l'avoir incisé, on examine la surface de la section.

§. I. A l'époque où le malade a pu être observé, la monomanie ambitieuse a seule attiré toute l'attention; aussi les antécédens relatifs à l'affection cérébrale ne sont-ils qu'indiqués rapidement, et d'une manière fort incomplète. Plus tard, l'épanchement général, produit par la méningite chronique, est venu tout masquer, en affaiblissant de plus en plus toutes les parties du corps. Examinons cependant les circonstances caractéristiques qui nous ont été conservées.

A la suite de mauvais traitemens, le malade éprouva

une *attaque de paralysie*, qui se *renouvela à plusieurs reprises* : on ne dit pas quel est le côté du corps qui a été affecté; mais au milieu de la description des symptômes observés à l'époque où le malade a été reçu à Charenton, on remarque cette phrase : « La bouche était légèrement contournée en haut, et du côté *droit.*» Ainsi, le côté gauche de la face conservait encore un léger degré de paralysie, résultat d'une de ces attaques. L'altération avait son siége dans l'hémisphère droit; il paraît donc, autant qu'on peut en juger, que les symptômes ont suivi la même marche, et présenté les mêmes caractères que dans l'observation précédente. La tumeur a également offert un mélange de couleurs *rouge* et *blanche diversement entremêlées*; et son siége, ainsi que son volume, indiquent assez qu'elle a envahi à la fois la substance grise des circonvolutions, et les portions de substance blanche qui s'y trouvent comme enchâssées; enfin l'organisation intime de l'induration était à peu près la même que chez Aubert.

Le ramollissement de la substance cérébrale a été le résultat de la dernière inflammation qui s'est manifestée autour de la tumeur; mais, à l'époque où elle est survenue, la paralysie générale avait fait de tels progrès, qu'il n'était pas possible de démêler l'influence que pouvait avoir, sur les mouvemens de la moitié *gauche* du corps, l'inflammation de l'hémisphère *droit* du cerveau. Remarquez cependant que, deux jours avant la mort, les symptômes se sont encore exaspérés; tout à coup le malade a complétement perdu

connaissance, etc., etc. Après deux saignées, il a pu répondre à quelques questions. Il est probable que l'encéphalite était pour beaucoup dans la production subite de ces nouveaux symptômes. Il est difficile aussi de croire que les portions du cerveau qui étaient en contact avec la tumeur, n'aient pris aucune part aux différentes congestions qui se sont opérées vers la tête pendant le séjour du malade à Charenton, quoique la gravité des symptômes généraux n'ait pas permis de le constater.

§. II. La tumeur était, dit-on, adhérente *à la dure-mère;* c'est-à-dire, que l'arachnoïde et la pie-mère étaient confondues avec elle, et semblaient en faire partie. Cette adhérence, la succession des symptômes, et une foule d'autres faits de même nature, ne me permettent pas de douter que la tumeur ait été la cause première de la méningite chronique. Mais c'est exclusivement à cette dernière qu'il faut rapporter l'aliénation mentale, la paralysie générale incomplète, et les symptômes généraux qui accompagnaient les fréquentes congestions vers la tête. Une fois développée, c'est elle qui a donné à la maladie son caractère : ses symptômes ont dominé tous les autres. C'est ce qui arrive presque toujours dans ces fréquentes complications, et c'est ce qui rend l'étude des altérations anciennes du cerveau si difficile, et leur diagnostic si souvent obscur.

N° 3.

Cinquante-sept ans, hémiplégie incomplète à *droite*, deux rechutes. Mort vingt jours après la dernière. — *Tumeur du volume d'un œuf, mêlée de rouge et de jaune, dans le lobe antérieur* gauche ; *ramollissement de même aspect vers la scissure de Sylvius.* (Bouillaud, Traité de l'Encéphalite, obs. XXXVI.)

« Ratard (François-Alexandre), âgé de cinquante-sept ans, d'un tempérament sec et nerveux, entra à l'hôpital Cochin, le 17 janvier 1822, pour les suites d'une *attaque d'apoplexie.* Nous ne pûmes nous procurer de renseignemens sur les circonstances qui précédèrent et accompagnèrent cette maladie. Quoi qu'il en soit, voici ce que l'on observait à l'entrée du malade : Il existait du côté *droit* une hémiplégie *imparfaite*, en sorte que cet homme pouvait encore se promener dans la salle, en traînant la jambe ; les facultés intellectuelles étaient profondément affaiblies. Le malade, malgré tous ses efforts, ne pouvait rassembler ses idées, ce qui lui donnait des mouvemens d'impatience ; *il répétait comme automatiquement les dernières paroles qu'on lui adressait ;* la bouche était tournée à *gauche*, et la langue, tirée hors de sa cavité, se portait un peu à *droite.* (Infusion d'arnica.)

» Les symptômes restèrent les mêmes jusqu'au 5 février, qu'une *nouvelle attaque* se déclara. Alors *para-*

lysie complète du mouvement dans les membres *droits*, *impossibilité d'articuler les sons*. Gémissemens continuels, surtout la nuit; pouls lent plutôt que fréquent, peau sudorale, point d'injection de la face, pupilles contractées, décubitus en supination, excrétion volontaire des urines et des matières fécales. (Vésicatoire à la nuque, lavemens purgatifs, potion tonique.)

» Du 5 au 21, l'état du malade ne présenta pas de grands changemens : tantôt la parole revenait un peu, tantôt elle se perdait entièrement; le malade n'accusait d'ailleurs aucune douleur. Enfin, le 28 février, immobilité et *insensibilité* du côté droit; impossibilité de prononcer autre chose que les mots *oui* et *non*. Le malade paraît toujours s'irriter *de ne pouvoir répondre aux questions*. Il maigrit, sa figure se décompose, il continue à pousser des gémissemens plaintifs, il avale difficilement.

» Le 8 mars, les symptômes sont encore plus graves; les yeux sont fixes, sans expression; le malade ne témoigne de la sensibilité du côté *droit*, qu'autant qu'on le pince fortement; il ne peut prendre qu'un peu de vin pour toute nourriture, encore a-t-il beaucoup de peine à l'avaler.

» Les 11 et 12, il est un peu mieux, articule quelques mots, et mange quelques cuillerées de soupe. Cependant les symptômes s'aggravent de nouveau, et le malade, arrivé au dernier degré de marasme, et presque absolument privé de ses facultés intellectuelles, expire le 19 mars à trois heures.

» *Autopsie cadavérique* dix-huit heures après la mort.

» 1°. *Tête.* Les méninges et la substance cérébrale sont injectées. Vers le *tiers antérieur* de l'hémisphère *gauche*, existe une sorte de noyau ou d'endurcissement de la grosseur d'un œuf, environné de quelques caillots de sang, et d'une injection très-prononcée. Cette tumeur étant incisée suivant sa longueur, les surfaces de la coupe présentent une coloration jaunâtre et des points d'un *rouge brun*, dépendant de la présence du *sang*, *combiné* avec la substance dans laquelle il s'est épanché; la substance de cette masse endurcie ressemble à du *pus concrété*, *mêlé de sang*, et crie légèrement sous le scalpel qui la divise; son intérieur présente des espèces de cellules, et l'on y trouve de petits épanchemens sanguins avec une substance filamenteuse, qui ne paraît être autre chose que des débris de vaisseaux déchirés. On trouve en effet quelques branches vasculaires rompues et remplies de longs caillots de sang. Quoique beaucoup plus dense que le reste du cerveau, la masse que nous décrivons s'écrase facilement sous le doigt, et en l'écrasant ainsi, on la trouve infiltrée d'un peu de pus à l'état liquide. Elle est d'ailleurs parfaitement distincte du reste de la substance cérébrale, dont elle est séparée, comme je l'ai dit, par un cercle de vaisseaux capillaires très-injectés. Dans le lobe *moyen* du même hémisphère, vers la scissure de Sylvius, on trouve une altération morbide semblable à la précédente, mais moins étendue, pré-

sentant également des portions jaunes et rouges, et des débris de vaisseaux; mais cette partie est plutôt ramollie qu'endurcie. Les éminences optiques et striées sont légèrement rosées; les ventricules contiennent une certaine quantité de sérosité rougeâtre.

» 2°. *Abdomen.* Les circonvolutions de l'intestin grêle sont très petites; la membrane muqueuse de l'estomac est rouge; le rectum est gorgé de matières fécales, dures; la vessie est contractée et comme charnue.

» 3°. *Poitrine.* Le cœur est sain, rempli, ainsi que les gros vaisseaux, d'un sang noir encore tiède; les poumons sont parfaitement crépitans. »

§. I. M. Bouillaud regarde la tumeur ou l'endurcissement comme la terminaison d'un ancien ramollissement du cerveau. Je n'ai pas besoin de vous dire que je partage entièrement son opinion; mais il me semble qu'il eût dû l'appuyer sur le rapprochement des symptômes observés à différentes époques, sur la ressemblance des deux altérations trouvées après la mort, etc. Je ne reviendrai pas sur les détails dans lesquels je viens d'entrer à ce sujet, tant cette observation ressemble aux deux précédentes; mais je dois vous faire remarquer que M. Bouillaud, dans les réflexions qui suivent, ne parle que de deux inflammations. Il est pourtant évident que le malade en a éprouvé trois à peu près semblables : une vers le milieu de janvier, une autre le 5 février, et une autre le 28 du même mois. Peut-être est-ce parce qu'il n'a trouvé que deux

altérations; mais vous avez vu que plusieurs inflammations peuvent se succéder autour du noyau primitif, et ne donner lieu qu'à une seule tumeur : c'est même ce qui a lieu le plus ordinairement

M. Bouillaud a bien soin de faire remarquer que l'induration occupait le lobe antérieur, et qu'après la première maladie la parole avait été *spécialement* affectée. Mais d'abord l'induration n'occupait pas précisément le *lobe antérieur.* Il est dit dans l'observation : « Vers le *tiers antérieur* de l'hémisphère gauche, etc. » ce qui est bien différent, attendu que ce n'est pas en cet endroit que M. Bouillaud place le siége de l'organe de la parole. En second lieu, c'était plutôt l'intelligence que la parole qui était *spécialement* affectée, puisque le malade *répétait automatiquement les dernières paroles des phrases qu'on lui adressait.* Enfin, le 5 février, survient une nouvelle attaque : « alors paralysie complète du mouvement, *impossibilité d'articuler les sons.* » Cette fois, plus d'incertitude; le malade a réellement perdu la faculté de parler. Mais l'auteur attribue cette nouvelle série de symptômes à l'inflammation du lobe moyen. Sous tous les rapports, cette observation est donc plutôt contraire que favorable à son opinion sur le siége de l'organe de la parole.

A cette occasion, je vous rappellerai que Pierre Aubert (Voyez n° 1) avait complétement perdu la parole lorsqu'on l'apporta à l'Hôtel-Dieu. « Les efforts qu'il faisait pour s'exprimer, indiquaient qu'il avait la

conscience de ce qui se passait autour de lui; son impuissance l'affligeait même au point qu'il versait des larmes quand on l'interrogeait. » Voilà qui est bien clair; c'était la faculté de parler, et non l'intelligence, qui manquait : cependant on ne trouva d'altérations que dans le lobe moyen de l'hémisphère gauche.

N° 4.

Fièvre, céphalalgie, strabisme; pendant un jour engourdissement du bras *droit* et de la joue, rétablissement, symptômes pectoraux, rechute, paralysie du côté *droit*. Mort dix-huit mois après la première encéphalite, sept jours après la dernière. — *Adhérence de la dure-mère épaissie à la surface de l'hémisphère* gauche *; endurcissement d'un rouge foncé de la substance corticale sous-jacente* ; *ramollissement grisâtre , etc. ; tubercules pulmonaires et pleurétiques*. (Abercrombie, Pathol. and pract. Researches on diseases of the brain and the spinal cord. C. XXIV, p. 76,)

Une demoiselle de vingt-deux ans tomba malade le 20 février 1817. Pendant la première semaine, la maladie eut l'apparence d'une fièvre continue; pendant la seconde, le pouls s'abattit; la langue devint nette et humide : alors céphalalgie violente et continue, avec sentiment de pesanteur; grands battemens dans la tête, air fort oppressé, quelques vomissemens. (Saignées, purgatifs, applications froides.) Soulagement partiel.

Le 5 mars, la douleur revint avec violence, accompagnée de grands battemens et d'un peu de strabisme. Les mêmes moyens procurèrent encore un soulagement partiel et momentané : la douleur ne disparut pas, mais elle fut moins vive que dans les violens paroxismes; il y avait des battemens continuels dans la tête, et une apparence de grande oppression; le pouls variait de 84 à 90. Le 11, il y eut un violent paroxisme de céphalalgie, suivi de convulsions : la malade fut encore soulagée par les saignées; mais le 15, elle perdit la mémoire, eut beaucoup de confusion dans les idées, de la difficulté à articuler, *de l'engourdissement dans le bras* droit, et surtout *dans le côté* droit *de la face*, qui était insensible lorsqu'on le touchait : *ces symptômes disparurent le jour suivant*, mais la céphalalgie continua cependant à revenir par accès. Vers le 24, elle avait pris un caractère tellement périodique, que, sur l'avis d'un médecin très-renommé, elle fut combattue par l'arsenic; mais ce médicament ayant déterminé des nausées, fut abandonné au bout d'une semaine. Pendant quinze jours, même état à peu près; impossibilité de sortir du lit; retour fréquent des douleurs, mais sans aucune attaque violente. Le 20 avril, la céphalalgie revient avec une grande violence, accompagnée de vomissemens, de douleur abdominale et de diplopie, pendant le paroxisme : le pouls était alors naturel.

Depuis le commencement de mai, la douleur diminua de violence. Le 20, la malade fut en état de sortir

de son lit, et, dès ce moment, elle se rétablit graduellement.

Peu après la convalescence, un gonflement glandulaire considérable se montra au cou, et resta stationnaire pendant plusieurs mois. Pendant l'été et l'hiver suivans, la malade fut passablement bien, mais resta sujette à de la céphalalgie, à des battemens dans la tête, et fut obligée de se soumettre au régime le plus sévère. Au printemps de 1818, elle eut de violentes douleurs dans la poitrine. Quand elles passèrent, elle commença de nouveau à se plaindre de céphalalgie, accompagnée d'un sentiment de pesanteur dans la tête, et parfois d'étourdissemens. Dans le commencement de juin, elle eut plusieurs attaques qui ressemblaient à des syncopes, excepté que le pouls conservait sa force. Peu à peu elle perdit la mémoire, montra de l'incohérence dans ses idées. Ces symptômes furent suivis de tendance à la stupeur, qui fut diminuée momentanément par les purgatifs et les saignées répétées; le pouls offrait de quatre-vingt-seize à cent pulsations. Le *facies* était pâle et décharné. A mesure que ces symptômes se prononçaient, les douleurs de la poitrine diminuaient.

Après plusieurs retours des symptômes vers la tête, la malade fut trouvée sans voix dans la matinée du 3 juillet : elle avait les yeux ouverts, et paraissait reconnaître les objets : pouls de quatre-vingt-dix à cent, et faible; face pâle. Même état pendant la journée du 4. Le 5, augmentation du coma; *perte de la déglutition*,

paralysie du côté droit. Le 6, retour de la déglutition; pouls, cent trente; expression de la face annonçant l'intelligence; œil naturel, mais point de retour de la parole. Le 7, même état; la malade semble cueillir des fleurs avec la main gauche, et y prendre plaisir : côté *droit* toujours paralysé; constipation opiniâtre. Le 9, oppression plus considérable. Le 10, coma complet: pouls, cent trente. Mort dans la matinée.

Examen du cadavre. Vers le milieu de l'hémisphère gauche, près de la faux, *la dure-mère adhérait intimement au cerveau* dans une étendue égale à une demi-couronne, (la demi-couronne répond à notre écu de 3 fr.) Là, une portion de cerveau du volume d'une grosse noix était *à l'extérieur*, d'une couleur *rouge foncé :* cette couleur paraissait également à la *face supérieure*, qui adhérait aux membranes et à la *face interne*, qui était en contact avec la faux. En coupant sur cette portion, elle parut *plus ferme* que la substance cérébrale dans l'état sain. Excepté *vers le centre*, où elle était *molle*, *comme si elle approchait de la suppuration*, la circonférence externe de cette altération conservait une couleur rouge foncé dans l'étendue d'environ un demi-pouce. Les parties centrales étaient d'une couleur *cendrée*, avec des portions interposées d'un *brun-rougeâtre foncé.* A la surface supérieure, il y avait une fausse membrane de l'étendue de l'adhérence; la dure-mère, en cet endroit, était épaissie et spongieuse; les parois du sinus longitudinal parurent aussi épaissies à l'endroit où elles étaient en contact avec l'altération du cerveau. Il

18.

n'y avait pas d'épanchement dans les ventricules, ni aucune maladie dans les autres parties du cerveau.

Les poumons étaient tuberculeux dans une grande étendue; et la plèvre, qui tapisse le diaphragme du côté gauche, était rude et irrégulière, à cause de nombreuses excroissances petites et dûres, semblables à des verrues qui s'étaient développées à sa surface.

§. I. Le docteur Abercrombie, dans le cours de son ouvrage, cite souvent cette observation comme un exemple d'*inflammation du cerveau sous la forme la plus chronique, et devenue mortelle sans être arrivée jusqu'à suppuration*; c'est-à-dire que, selon lui, cette inflammation, après un an et demi, n'aurait encore produit que le ramollissement de la substance cérébrale, ou, en d'autres termes, qu'un ramollissement aurait persisté pendant dix-huit mois dans le même état : assertion entièrement contraire à tout ce que nous savons. Voyons donc jusqu'à quel point elle est fondée.

Pendant les quinze premiers jours, rien de remarquable du côté de la tête; viennent ensuite des symptômes généraux de méningite; céphalalgie continue, puis intermittente, strabisme, convulsions, etc. Le 15 mars seulement, à la perte de la mémoire, au délire, se joint de la *difficulté à articuler, de l'engourdissement dans le bras droit, et surtout dans le côté droit de la face, qui devient insensible;* c'est-à-dire qu'aux symptômes de méningite viennent se joindre ceux d'une encéphalite commençante; mais le lendemain, ces der-

niers ont déjà disparu. Les autres, après être devenus intermittens, cessent peu à peu. Que trouve-t-on à l'ouverture du corps? une adhérence de la dure-mère épaissie à la surface de l'hémisphère gauche, avec altération des parois du sinus correspondant, et induration de la substance grise adhérente.

Pendant quinze à seize mois, état de santé très-variable; affection du cou, violentes douleurs dans la poitrine, etc. Enfin, à ces derniers symptômes viennent se joindre de nouveau ceux d'affection cérébrale: *perte de la voix*, *de la déglutition*, *paralysie du côté droit*. Et la malade succombe sept jours après.

Les symptômes d'encéphalite s'expliquent aussi facilement par le ramollissement d'une portion de la substance cérébrale, que ceux d'affection chronique de la poitrine par les tubercules pulmonaires, etc. Vous remarquerez que la paralysie a porté sur le même côté du corps qui, la première fois, avait été engourdi, insensible; et c'est justement sous l'induration des circonvolutions que la substance cérébrale était ramollie. S'il s'est écoulé seize mois entre les deux époques auxquelles on a observé des symptômes d'encéphalite, on a trouvé aussi deux altérations bien distinctes appartenant évidemment, par leurs caractères, à des époques différentes. Il est donc évident que l'induration *superficielle* des circonvolutions a été la suite de l'inflammation qui a déterminé les symptômes légers et fugaces du 15 mars; que le ramollissement sous-jacent doit être entièrement attribué à la seconde inflamma-

tion qui, seize mois après, a déterminé la mort en quelques jours. Cette explication simple et naturelle s'accorde parfaitement avec tout ce que nous savons des ramollissemens, avec tout ce que nous verrons touchant les indurations ; elle rend l'observation du docteur Abercrombie on ne peut pas plus claire : son opinion, au contraire, est en opposition avec tous les faits connus.

§. II. L'induration avait son siége en partie à la surface convexe du cerveau, en partie à sa surface plane, c'est-à-dire dans la substance grise des circonvolutions : elle était d'un *rouge foncé*. La substance cérébrale, comprise entre ces deux plans, se trouvait, dit-on, dans un état voisin de la suppuration : ensuite on ajoute que ces mêmes parties centrales *étaient d'une couleur cendrée*, *avec des portions interposées d'un brun-rouge foncé*. De quoi étaient composées ces parties qu'Abercrombie appelle *centrales*, c'est-à-dire, ces parties comprises entre les deux surfaces endurcies? de la substance blanche du centre ovale, qui se rend au bord supérieur et interne du cerveau, et de la substance grise qui pénètre plus ou moins profondément dans la première avec les circonvolutions. (Voyez les observations précédentes, surtout celle d'Aubert.)

N° 5.

Paralysie partielle à *droite* : rechute : perte de la déglutition, coma. Mort deux mois et demi après la première attaque, huit jours après la dernière. — *Adhérence de la dure-mère à l'hémisphère* gauche, *induration rouge de la surface cérébrale sous-jacente, autre altération semblable, ramollissement de même couleur du corps strié.* (Abercrombie, ouv. cité, C. XXV.)

« Je dois au docteur Hay l'observation d'une dame de soixante ans, qui eut, à la fin de septembre, une *attaque d'apoplexie* avec paralysie partielle du côté *droit*. Elle fut soulagée par des saignées, et parut marcher heureusement vers son rétablissement jusqu'au 8 octobre, époque à laquelle elle eut une autre *attaque*. Cette fois elle ne perdit pas la sensibilité, mais elle se plaignit d'une forte pulsation dans le corps et principalement dans le côté *droit*, dont le bras et la jambe étaient de nouveau considérablement paralysés. Depuis lors elle perdit graduellement l'usage de ces parties, d'abord de la jambe, ensuite du bras. Elle eut par moment des retours de *pulsation*; souvent elle appliquait sa main sur le côté droit de la tête, où elle disait sentir du malaise, et l'on observa qu'elle l'y portait surtout pendant le sommeil. Le traitement ordinaire fut employé par le docteur Hay de la manière la plus judicieuse, mais sans soulagement. Les forces dimi-

nuèrent graduellement, et la malade mourut le 26 décembre dans un état comateux, après avoir perdu, huit jours auparavant, la faculté d'avaler.

» *Examen du cadavre.* On trouva la dure-mère *adhérente très-intimement au cerveau* dans un point de l'hémisphère *gauche*, vers le centre et à la partie supérieure. La substance cérébrale sous-jacente sembla *plus ferme que dans l'état naturel;* et, lorsqu'on la coupa, on la trouva d'un *rouge vif.* Cette portion avait environ un pouce et demi d'épaisseur et presque autant de surface. La substance cérébrale environnante était plus vasculaire que les autres parties du cerveau. Dans l'épaisseur de la substance cérébrale, on trouva une *autre altération semblable*, du volume d'une noisette, d'une teinte rouge plus foncée que la première. Le corps strié du même côté était d'un *rouge foncé tirant sur le violet*, *mou*, et présentait, lorsqu'il était divisé, de nombreux points vasculaires. L'hémisphère droit était sain. Il y avait une petite quantité de fluide dans les ventricules. Les deux plexus choroïdes étaient distendus par du sang, et contenaient des kystes nombreux, petits et d'une couleur bleuâtre. Les vaisseaux de la surface de l'hémisphère *gauche* et ceux qui pénètrent entre les circonvolutions, étaient très-gorgés de sang, et quelques-unes des circonvolutions les plus profondes présentaient une légère apparence d'*ecchymoses.* »

§. I. Le docteur Abercrombie cite cette observation aussi souvent que la précédente, comme exemple d'en-

céphalite éminemment chronique. « L'inflammation de la substance cérébrale (dit-il, page 116) se présente sous une forme chronique, dans laquelle les symptômes peuvent durer pendant plusieurs mois. La maladie devient mortelle par suppuration, ou sans avoir suppuré. Les observations XXIV et XXV nous offrent deux exemples remarquables de cette forme de la maladie causant la mort sans suppuration. »

Vous avez vu ce qu'il fallait penser de cette prétendue forme chronique dans le cas précédent. Celui-ci n'est pas plus favorable à l'opinion du docteur Abercrombie. En effet, les symptômes et les altérations prouvent, d'une manière également claire, que la malade a éprouvé trois inflammations aiguës bien distinctes, et non pas une seule inflammation chronique. La première eut lieu en septembre avec la rapidité de l'hémorrhagie cérébrale ; la seconde un mois après. Les symptômes produits par la première avaient déjà disparu; ceux de la seconde purent se dessiner aussi nettement que si le côté malade n'avait jamais été paralysé. Mais, après cette seconde attaque, l'hémiplégie ayant persisté, une nouvelle inflammation du même hémisphère ne pouvait plus produire aucun symptôme du côté du corps déjà paralysé. C'est pourquoi la dernière rechute, qui précéda la mort de huit jours, ne se manifesta que par la perte de la déglutition et l'apparition du coma. Quant aux altérations, elles étaient toutes trois isolées l'une de l'autre. Il a donc existé trois inflammations dans le

même hémisphère ; elles ont eu lieu à des époques bien distinctes ; elles ont marché à la manière des inflammations aiguës. Les deux indurations correspondaient aux deux premières, et le ramollissement à la dernière. Celui-ci n'a donc aucun rapport avec les premiers symptômes, et cette observation ne peut être considérée comme l'histoire d'une seule maladie, d'une inflammation éminemment chronique, qui, au bout de trois mois, n'aurait encore produit que le ramollissement du cerveau. D'ailleurs, dans l'hypothèse du docteur Abercrombie, il faut faire abstraction des deux indurations ; il est impossible de concevoir leur formation ; il faut admettre qu'elles n'ont eu aucune influence dans la production des symptômes. Sous tous les rapports, elle est donc inadmissible.

§. II. Le siége de l'une des indurations n'est pas indiqué ; quant à l'autre, elle était, comme dans les cas précédens, *adhérente* aux méninges ; ce qui prouve tout à la fois qu'elle était due à une inflammation, et qu'elle occupait la substance grise des circonvolutions. Le ramollissement existait dans le corps strié, composé également de substance grise. Les indurations étaient d'un *rouge vif ;* le ramollissement était d'un *rouge foncé tirant sur le violet.* Abstraction faite des considérations précédentes, ce rapprochement seul suffirait pour établir que ces diverses altérations ne différaient que par la date de leur apparition.

N° 6.

Deux attaques de paralysie, hémiplégie à *gauche*, etc. Mort le sixième jour. — *Induration grisâtre, violacée, d'une portion de la face plane des deux hémisphères, avec adhérence à la faux ; méningite et ramollissement à* droite.

Charon (J.-B.), âgé de cinquante-huit ans, d'un tempérament sanguin, d'une constitution musculaire, tomba dans la rue, sans cause connue, le 1er septembre 1819, et fut aussitôt apporté à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Bernard, n° 70, dans l'état suivant : plaie légère à la partie latérale *gauche* du crâne produite par la chute, perte complète de connaissance, membres du côté *gauche* complétement privés de sensibilité et de mouvement, membres du côté droit exécutant quelques mouvemens quand on les pince, bouche déviée à droite, pas de réponse aux diverses questions, rien qui indique l'envie de parler, pouls faible, un peu fréquent. Saignée du pied, lavement purgatif.)

Le 2, même état. (Saignée du pied).

Le 3, le malade paraît comprendre les questions qu'on lui adresse et désirer d'y répondre; mais sa langue s'y refuse, il ne rend que quelques sons mal articulés : quelquefois il répond par un signe de tête affirmatif ou négatif. C'est ainsi qu'on apprend que la tête est douloureuse, que l'abdomen ne l'est pas, etc.

Peau chaude assez sèche, pouls fréquent et mou. (Purgatif.) Dans la journée, selles abondantes.

Le 4, retour plus complet de l'intelligence : le malade paraît reconnaître sa femme, mais n'essaye pas de lui parler. Du reste, peu de changement dans l'état des membres. (Vingt sangsues derrière les oreilles.)

Le 6, perte entière de connaissance, pommettes colorées, peau très-chaude et assez sèche, pouls fréquent et vif, mais faible, langue rouge et sèche, respiration râlante. Mort.

On a su, par les parens du malade, qu'il avait eu déjà deux attaques semblables, l'une trois mois, l'autre un mois auparavant; mais on n'a pu obtenir aucun renseignement positif sur la nature des symptômes.

Nécropsie. Tête. A un pouce de l'extrémité antérieure des hémisphères, et à quatre lignes de leur bord interne et supérieur, tumeur ovoïde d'un pouce d'épaisseur, logée de chaque côté dans les circonvolutions de la face plane des deux hémisphères, adhérente à la faux dans l'étendue d'environ dix lignes et dépassant son bord libre. Cette tumeur, enveloppée d'une espèce de kyste cellulaire, est un peu inégale à sa surface, d'une consistance considérable, fort *injectée* à l'intérieur, d'une couleur *grisâtre* mêlée d'une teinte *violette.* Il en part à *droite* un *épaississement* des membranes, qui sont *rouges*, *opaques* jusqu'au milieu de la face externe du lobe antérieur et dn lobe moyen *droit.* Elles contiennent un peu de *sérosité sanguinolente*, et sont fort injectées. La substance cérébrale est assez

ferme, *excepté à la face extérieure du lobe moyen droit.*

Poitrine. Membrane muqueuse de la trachée et des bronches violacée, tapissée de mucosités; ventricule gauche du cœur épais d'environ huit lignes dans sa partie la plus charnue.

Abdomen. Membrane muqueuse des organes digestifs phrynx, violacée dans l'estomac, pâle dans les intestins grêles, d'un rouge foncé dans les gros. Rien de remarquable dans les autres organes.

J'ai trouvé cette observation dans les cartons de M. le professeur Dupuytren.

§. I. Le malade a eu deux attaques semblables à celle à laquelle il a succombé, l'une trois mois, l'autre deux mois auparavant. Chaque hémisphère présentait, sur sa face plane, une altération des circonvolutions semblable à celles que nous avons examinées dans les observations précédentes : confondues au-dessous de la faux, elles adhéraient aussi, plus haut, aux deux faces de ce repli de la dure-mère : enfin, les symptômes ont été les mêmes : il est donc naturel de penser que la cause été semblable. D'après la description de la tumeur, il est probable que le sang n'a pas seul contribué à sa formation, et qu'elle avait envahi la substance grise et une partie de la substance blanche sous-jacente.

§. II. Au premier coup-d'œil, on ne s'explique pas facilement l'hémiplégie du côté gauche; mais remarquez qu'à partir de la tumeur, du côté *droit*, les membranes étaient *rouges*, *opaques*, *fort injectées*, *conte-*

naient de la sérosité sanguinolente, et qu'enfin la face inférieure du lobe moyen *droit* était *moins ferme* que le reste de la substance cérébrale. Rappelez-vous aussi qu'en 1819, époque à laquelle cette observation a été recueillie, on connaissait à peine les inflammations cérébrales, et vous serez convaincu qu'il a existé du côté droit une méningite accompagnée d'encéphalite.

§. III. Quand le malade fut apporté à l'hôpital, il paraissait comprendre les questions qu'on lui adressait, et désirer d'y répondre; il y répondait même quelquefois par un signe de tête affirmatif ou négatif, mais il ne pouvait rendre que des sons inarticulés; cependant, l'altération la plus récente, celle qui correspondait à la dernière attaque, avait son siége à la *face inférieure* du lobe *moyen* droit, bien loin par conséquent de l'endroit où M. Bouillaud place l'organe de la parole. (Voyez l'observation première et les réflexions qui suivent la troisième.)

N° 7.

Coup, seize mois après maux de tête, de plus en plus fréquens et violens, diminution de l'intelligence, faiblesse, paralysie du côté *droit*. Mort au bout de six mois. — *Induration rouge grisâtre de la surface de l'hémisphère* gauche *du volume d'un œuf, adhérente à la dure-mère rouge et épaissie ; léger ramollissement environnant.* (Rochoux, *Recherches sur l'apoplexie*, Obs. 38, p. 149.)

« Burdet (Jean-Baptiste), âgé de soixante-cinq ans, de Cessane (Mont-Blanc), domestique, d'un tempérament sanguin, taille et embonpoint ordinaires, reçut, il y a deux ans, un violent coup à la tête, qui l'étourdit, sans cependant lui faire perdre connaissance. Il ne fit aucun remède et n'éprouva aucun accident pendant les quinze ou seize mois qui suivirent cet accident ; mais il y a environ six mois, il commença à éprouver des douleurs et des pesanteurs de tête, d'abord peu fortes et passagères, et à de longs intervalles de légers momens d'absence. Insensiblement ils deviennent plus rapprochés et se prolongent davantage; La pesanteur de tête est presque habituelle, et le malade se sent graduellement affaiblir : selles ordinairement rares et difficiles.

» Le trouble des facultés intellectuelles continue à faire des progrès; la faiblesse augmente aussi, surtout du côté *droit*, et Burdet entre, à la Maison de santé,

le 1er août 1811, dans l'état suivant : Tête lourde et un peu douloureuse, faiblesse considérable plus marquée du côté *droit*, bouche un peu tournée à gauche, parole embarrassée, nulle suite dans les idées, pouls naturel, sommeil, appétit, ventre peu libre. (Pil. aloet. ij., jul. nit., dulc. orang.)

» Progrès de symptômes : Etat complet d'imbécillité vers le 1er. septembre. (Jul. nit., dulc. orang., pil. aloét., vésicat. nuq.)

» Le 18, il est plus faible encore ; il ne parle presque plus, et garde continuellement le lit. Toujours bon appétit. (Jul. éther., orang.)

» Pas de changement sensible jusque vers le 15 octobre ; le 16, il tombe dans l'assoupissement, ne paraît plus entendre, ce qu'il avait fait jusque-là ; aphonie, pouls, cent. (Jul. éther.) Les jours suivans, il ne présente rien de remarquable, si ce n'est que les forces tombent peu à peu, et il meurt, ou plutôt il s'éteint tranquillement le 23.

» *Ouverture du cadavre. Habit. extér.* Maigreur peu prononcée.

» *Tête.* La dure-mère adhérait beaucoup au crâne, surtout à sa partie antérieure.

» A la partie antérieure et externe de l'hémisphère *gauche*, se trouvait une tumeur grosse comme un œuf, arrondie, aplatie, *remplie de sang*, qui dans certains endroits paraissait y être contenu comme il l'est *dans la rate ;* dans d'autres était en petits grumeaux, d'une ligne au plus de diamètre, d'un tissu

celluleux et aréolaire, *grisâtre*, *assez dense*, et fort analogue, pour l'apparence extérieure, à la *matière des tubercules*. Du reste, l'ensemble de cette tumeur était d'un *rouge brun* et d'une *fermeté remarquable*. En dehors, elle *adhérait* légèrement à la dure-mère, qui dans toute sa portion correspondante, était *rouge* et un peu *épaissie*. En dedans, elle s'était creusé dans l'hémisphère une dépression où elle était presque entièrement logée.

» En l'enlevant de cet endroit, elle amena avec elle la portion de substance corticale dont elle était entourée; mais il fut très difficile de l'en détacher, ainsi que la portion de pie-mère et d'arachnoïde correspondante, qui cependant lui envoyait de nombreux prolongemens celluleux ou vasculaires. La substance *médullaire*, en rapport avec elle, était *jaunâtre*, *mollasse*, dans l'épaisseur de quelques lignes. Le reste de la masse encéphalique, qui était d'un volume considérable, ne présentait aucune altération.

» Il y avait environ une once de sérosité limpide dans chaque ventricule latéral.

» *Poitrine et abdomen*. Les organes de ces cavités dans la plus grande intégrité possible. »

§. I. Cette tumeur est-elle due à l'organisation d'un ancien épanchement de sang, causé par le coup reçu à la tête? Je ne le pense pas; car le malade ne perdit même pas connaissance au moment de l'accident, et n'éprouva rien de remarquable pendant quinze à seize mois. Dans les cas précédens, et dans beaucoup d'autres, où

l'on a trouvé des altérations tout-à-fait semblables, il n'est pas question de contusion. Si le coup a été pour quelque chose dans la production de la tumeur, c'est en laissant à sa suite une première altération peu étendue, qui est devenue plus tard la cause de congestions inflammatoires, le noyau de nouvelles altérations. (*Voyez* l'observation de Félix Plater, N°. 14.)

La nature et la marche des symptômes prouvent que c'est à d'autres causes qu'il faut attribuer le développement de la tumeur. En effet, c'est seulement au bout de seize mois que se manifestent les premiers symptômes d'affection cérébrale, et depuis lors, ils ne font que croître jusqu'au moment de la mórt. Mais ici ils présentent un caractère nouveau : ce n'est plus comme dans les observations précédentes, une succession d'inflammations aiguës, à *marche apoplectiforme*, à périodes bien distinctes, séparées par des intervalles plus ou moins longs, pendant lesquels s'opère un rétablissement plus ou moins complet. C'est une progression toujours croissante, mais très lente; en sorte que les symptômes n'ont acquis leur plus haut degré d'intensité qu'au bout de six mois.

Cette différence dans la marche des symptômes n'a rien qui doive nous surprendre; je vous l'ai déjà signalée à l'occasion des ramollissemens : vous avez vu que si dans certains cas la paralysie frappait une moitié du corps aussi subitement que dans l'hémorrhagie cérébrale, dans d'autres, ses progrès étaient très lents et

presque imperceptibles. Cette forme chronique est surtout bien remarquable dans les observations 3, 7, 9 et 12 de la première lettre, en ce que, dans ces différens cas, le ramollissement était accompagné d'infiltration, et même d'épanchement de sang, ce qui rend le rapprochement de ces faits avec celui qui nous occupe, encore plus direct et plus concluant.

Ce n'est pas que je prétende que l'inflammation a duré six mois sans interruption, que son cours a été uniforme et continu. Dans le principe, le malade n'éprouvait que des douleurs et des pesanteurs de tête, d'abord peu fortes, passagères, et, *à de longs intervalles*, de légers momens d'absence : dans le cours de l'observation diverses époques sont aussi indiquées, auxquelles les symptômes paraissent avoir pris plus d'accroissement. si les accidens ont été peu prononcés à chacune de ces époques, c'est que l'inflammation était peu intense, peu étendue : aussi, la substance médullaire en rapport avec la tumeur, n'était *jaunâtre* et *mollasse* que dans l'épaisseur de quelques lignes. »

L'organisation de cette tumeur ne présente rien que nous n'ayons eu occasion de remarquer dans les cas précédens ; ainsi je ne m'y arrêterai pas.

Voici une observation de Borsieri, dans laquelle il est question d'une altération de même nature que les précédentes ; mais, faute de détails, elle présente beaucoup moins d'intérêt.

N° 8.

Paralysie à gauche, convulsions intermittentes. Mort au bout de quatre mois. — *Induration rouge à* droite. (Burserius, *instit. med. pract.* t. 3, *de dolore capitis*, p. 15.)

« J'ai vu chez un vieux postillon une tumeur *rouge* présentant l'aspect du *stéatome*, presque du volume d'un œuf de pigeon, située dans l'hémisphère droit du cerveau, à sa partie antérieure et sous la substance corticale. Une fièvre quotidienne, qui s'arrêta par fois, mais qui revint souvent; une douleur de tête continuelle, se fesant sentir surtout du côté du vertex; la *paralysie du côté opposé à la lésion;* des *mouvemens convulsifs* se manifestant à des intervalles variés, mais sans ordre; des ulcérations dans les poumons. Telle est la série de maux à laquelle le malade succomba, après quatre mois de souffrances. »

§. I. Une observation aussi courte, et probablement rédigée de mémoire, ne permet pas de longues réflexions. Autant qu'on peut en juger, les symptômes, la nature de l'altération, son siége, et par conséquent sa cause, ont été les mêmes que dans les cas plus détaillés que je vous ai rapportés les premiers, pour servir de commentaire aux autres, et pour vous donner la clé des espèces d'énigmes qu'ils semblent présenter à celui qui les lit isolément.

La fièvre quotidienne dont parle Borsieri, ne doit pas être rapportée à l'affection cérébrale : je vous ai souvent fait remarquer qu'il fallait, dans tous les cas analogues, en rechercher la cause dans quelques complications; ici elle s'explique tout naturellement par la présence *des ulcérations trouvées dans les poumons*.

Il est probable que ce malade a succombé à une phthisie pulmonaire : il n'est donc pas étonnant que Borsieri ne fasse mention d'aucune altération récente du cerveau.

N° 9.

Douleur dans la poitrine, paralysie de la langue, et du côté *droit*, perte de l'intelligence. — *Pleurésie, péricardite, méningite chronique des ventricules, induration rouge à la surface du corps strié* gauche, *ramollissement environnant*. (Morgagni, *epist.* XI, n° 11.)

« Un cultivateur d'environ quarante ans, couché à l'hôpital Sainte-Marie-de-la-Mort, à Bologne, avait éprouvé une douleur vague et comme pongitive de la poitrine, puis une *paralysie incomplète de la langue et des membres du côté droit*, de sorte qu'il pouvait exercer de légers mouvemens. Il avait conservé l'intelligenee, et reconnaissait ses amis; mais bientôt il perdit connaissance. Le pouls était fort et fréquent, mais égal; la respiration ne fut embarrassée que dans les derniers momens.

» Après la mort, je trouvai la rate saine à l'intérieur, mais si volumineuse, que je n'en avais pas encore vu de semblable. Le bord inférieur du foie était livide; les deux cavités du thorax contenaient une quantité médiocre de sérosité sanguinolente; les poumons étaient adhérens à la plèvre par leur face postérieure, et, dans cet endroit, rouges à l'intérieur, mais sans dureté. Le péricarde contenait un peu de sérosité, épaisse comme de l'eau dans laquelle on a récemment lavé des chairs; le cœur flasque ainsi que les autres muscles, renfermait dans l'oreillette et le ventricule droit une grande concrétion polypeuse.

» Lorsqu'on retira le cerveau du crâne, il s'écoula de la sérosité contenue entre les deux méninges : il y en avait aussi sous l'arachnoïde, à la surface du cerveau. Supérieurement les vaisseaux de l'arachnoïde étaient pleins de sang.

» La substance cérébrale était molle; la glande pinéale se composait presque en entier d'une matière jaune, un peu dure et friable ; les éminences *nates* et *testes* avaient une couleur tirant sur le jaune. Il y avait dans les ventricules latéraux un peu d'eau, semblable à celle qui était contenue dans le péricarde, mais moins épaisse. La surface des deux ventricules était moins lisse que de coutume, mais il y avait, en outre, dans le *gauche*, une altération remarquable; le cordon médullaire qui se trouve entre le corps strié et la couche des nerfs optiques, était *jaune*, comme *diffluent*. Ce même corps strié était beaucoup plus petit

que celui du côté droit, et déprimé comme à la suite d'une maladie; de sa partie moyenne s'élevait un tubercule, de la forme et du volume d'une très grosse fêve, d'une couleur *rouge*, *semblable à celle qu'on voit sur la peau récemment meurtrie*. Ce tubercule fendu ne présenta rien de remarquable à l'intérieur que sa *couleur rouge*, tandis que le reste du corps strié était partout *jaune et d'une mollesse telle qu'il était presque liquide.* »

§. I. La douleur vague et pongitive de la poitrine, s'explique assez par la double pleurésie, et la gêne de la respiration dans les derniers instans, par l'engouement des poumons.

Quant à l'affection cérébrale, nous retrouvons ici les mêmes symptômes que dans les cas précédens: *hémiplégie*; la même altération; *tubercule d'une couleur rouge semblable à celle que l'on voit sur la peau récemment meurtrie;* ayant également son siége dans la substance grise; *corps strié gauche;* entourée des produits d'une inflammation nouvelle, *ramollissement jaune presque diffluent.*

C'est à cette dernière inflammation qu'il faut en grande partie attribuer la perte de l'intelligence et la mort. Elle ne pouvait pas produire la paralysie, puisqu'elle existait déjà.

Ainsi, malgré le laconisme de Morgagni, dans la description des symptômes, cette observation, expliquée par les précédentes, ne peut donner lieu à aucune difficulté.

§. II. Ici se présente une complication que nous retrouverons dans presque tous les cas où les tumeurs, quelle que soit leur texture, avoisinent les ventricules; c'est une inflammation chronique de l'arachnoïde qui les tapisse; de même que quand les tumeurs ont leur siége à la surface des circonvolutions, il est rare, pour peu que la maladie se prolonge, qu'on ne trouve pas l'arachnoïde épaissie, etc., etc. Il est tout simple que la même cause produise les mêmes effets; mais jusqu'à présent on n'a attaché aucune importance à ces méningites chroniques consécutives : cependant il arrive souvent que, tôt ou tard, les symptômes produits par la complication effacent complétement ceux de l'affection primitive. L'observation de Morgagni n'est pas assez complète pour qu'on puisse essayer d'assigner la part que la méningite chronique a prise dans la production des symptômes, mais j'ai dû éveiller votre attention sur ce point important.

N° 10.

Paralysie incomplète avec roideur à *gauche*, amélioration, peumonie. Mort. — *Induration brune de la couche des nerfs optiques* droite, *autour d'un ancien foyer sanguin. Épanchement ventriculaire.* (Raikem, *Répertoire général d'anatomie, etc.*, tome 1er, n° 2, 1826. — Obs. 3, p. 280.)

« L'ancienne cuisinière de feu M. le professeur Leclerc, née à Bruxelles, âgée de quarante-neuf ans, femme robuste, grande et replète, était affectée, depuis plus d'un an, d'une paralysie incomplète des membres du côté gauche, *avec raideur*, lorsqu'elle fut admise à l'hôpital Saint-Antoine. La malade, dont les menstrues avaient cessé, présentait assez habituellement le pouls dur et vibrant ; elle était sujette à des épistaxis peu abondans, mais assez fréquens, ainsi qu'à des *céphalalgies violentes*, à une coloration insolite de la face, et à des mouvemens fébriles de peu de durée. Les digestions se dépravaient facilement ; elle mangeait ordinairement avec peu d'appétit, et versait des larmes abondantes pour le moindre sujet. Cependant les mouvemens des membres paralysés devinrent par degrés plus libres et plus étendus, au point qu'elle put se livrer à la marche, en traînant toutefois la jambe gauche ; mais cette amélioration, ne faisant pas de pro-

grès ultérieurs, et le membre thoracique gauche n'exécutant que des mouvemens faibles et bornés, on désespérait de sa guérison, et on pensait à la faire passer aux incurables.

» Tout à coup, perte de l'appétit, respiration petite, accélérée, sibilante, stertoreuse et laborieuse, avec orthopnée; suffocation imminente, oppression extrême, face allumée, et d'un rouge vif; pouls raide, vibrant, fréquent; peau brûlante et aride; présage sinistre; pas de délire; sueur grasse sur la face. (Vésicatoire à la nuque, sinapismes aux jambes, potion éthérée, boissons délayantes tièdes). Augmentation des symptômes. Mort le quatrième jour.

» *Examen du corps*, plus de quarante-huit heures après la mort.

» *Tête*. Un peu de sérosité dans l'arachnoïde; les ventricules latéraux contenaient chacun *deux onces* de sérosité limpide; la couche optique du côté droit était plus *dure* et plus *ferme* que celle du côté gauche; sa partie moyenne offrait une petite cavité, pouvant contenir un pois, de forme irrégulière, creusée dans la substance cérébrale, dont les parois et les parties circirconvoisines étaient d'une couleur *brune foncée*, *denses*, *beaucoup plus résistantes et plus difficiles à inciser que dans l'état normal*. Cette lésion pathologique, circonscrite dans une étendue de dix-huit à vingt lignes de circonférence, était bornée à la couche optique du côté droit. Au demeurant, il n'existait aucune autre

altération dans le reste de l'encéphale. La moelle de l'épine ne fut pas examinée.

» Dans la poitrine, les poumons étaient sur leur face postérieure gorgés de sang; il y avait dans les bronches un peu de liquide écumeux, et la membrane muqueuse de ces conduits était injectée, sans être épaissie. Le cœur était dur et contracté. L'épaisseur des parois du ventricule gauche était au moins d'un pouce. »

§. I. La petite cavité contenue dans la *couche des nerfs optiques* du côté droit n'était autre chose que l'ancien foyer d'un caillot de sang détruit par l'absorption. L'induration de la substance cérébrale environnante était le résultat de l'inflammation provoquée par ce caillot : sa couleur, *brune foncée*, n'a rien qui doive vous surprendre. Nous avons vu dans la première lettre que c'était la couleur la plus commune des ramollissemens de la substance grise, accompagnés d'injection sanguine, ou d'infiltration de sang. (*V.* n°s 1, 3, 8, 13, 20 et 21.) Et comme nous n'avons jamais rencontré cette coloration dans la substance blanche, nous en avons conclu qu'elle dépendait de la présence du sang dans la substance grise. Parmi les observations que je viens de vous citer, il en est qui sont plus spécialement applicables au cas qui nous occupe, en ce que le *ramollissement brun* avait aussi son siége dans l'une des couches optiques (n°s 1 et 13), ou même dans les deux à la fois (n° 21). Ce rapprochement ne peut vous laisser aucun doute sur la cause de cette induration et de sa couleur *brune foncée*, surtout si

vous vous rappelez que les ramollissemens qui entourent les foyers apoplectiques sont toujours accompagnés d'une infiltration de sang considérable.

§. II. Nous avons vu aussi dans cette première lettre, que la présence du caillot provoquait toujours l'inflammation de la substance cérébrale environnante; que cette inflammation se manifestait par quelque symptôme particulier, quand l'épanchement n'était pas assez considérable pour détruire entièrement les fonctions cérébrales, et je vous ai rapporté plusieurs cas dans lesquels l'apoplexie étant *faible*, n° 10; la paralysie *incomplète*, n°s 11 et 12; les membres affectés sont devenus douloureux, roides, contractés, etc. L'observation 12 de la lettre troisième est encore plus remarquable. Le petit malade n'avait perdu que le mouvement : on administra l'extrait de noix vomique : bientôt mouvemens convulsifs, roideur permanente des membres paralysés : après la mort, épanchement, ou plutôt infiltration de sang, suppuration, ramollissement. Chez la malade de M. Raikem, la cavité hémorrhagique était très-petite, la paralysie incomplète; aussi l'inflammation avait-elle pu se manifester par la roideur des membres paralysés.

§. III. La paralysie a diminué en même temps que la roideur des membres; elle est ensuite restée stationnaire : c'est que la congestion s'est dissipée à mesure que l'inflammation a diminué, mais quand elle a été complétement terminée, le ramollissement s'était organisé; l'altération est restée stationnaire, précisément

parce qu'elle avait passé à l'état d'induration. La présence de la douleur, de la roideur dans les membres paralysés, doit encourager dans l'emploi des antiphlogistiques, des dérivatifs; et tant qu'elles durent, on doit conserver quelque espoir d'amélioration.

§. IV. Quand nous nous occuperons des hémorrhagies cérébrales, vous verrez que les anciens kystes apoplectiques sont toujours entourés d'une certaine induration de la substance cérébrale, dont l'épaisseur, la densité, la couleur, varient suivant l'intensité, l'étendue, la durée, le siége de l'inflammation. En attendant, j'ai voulu vous rapporter un exemple de l'une de ces altérations qui se rapprochent le plus de celles que nous étudions en ce moment. Il existait ici, comme dans l'observation précédente, un épanchement dans les ventricules.

Le docteur Abercrombie rapporte dans l'ouvrage déjà cité (*Supplement to part III. C.* XL. p. 442), l'observation suivante, qui lui a été communiquée par le docteur Hunter.

N° II.

Céphalalgie, vertiges, chutes imminentes, attaques plus fortes, paralysie partielle, puis complète à *gauche*, convulsions. Mort sept mois après l'invasion.—*Induration du pied d'hippocampe* droit, *rouge à l'intérieur*, *blanche supérieurement ; injection de l'arachnoïde ventriculaire : épanchement.*

« Un homme, âgé de soixante-treize ans, était sujet à des maux de tête, accompagnés parfois d'attaques de vertiges avec perte de mémoire : il ne tombait pas toujours à terre, mais tantôt il continuait à marcher, sans savoir où il allait ; tantôt l'attaque ressemblait à un empoisonnement ; la démarche était faible et saccadée. Les attaques augmentèrent graduellement de fréquence et de violence : le malade reprenait cependant connaissance au bout d'un temps très-court. Enfin, après six mois, il survint une attaque plus violente, dont il ne se remit pas comme des autres. Il resta dès-lors confiné dans son lit, avec un grand mal de tête, des étourdissemens, perte de mémoire, et incohérence dans les idées. Douze jours après cette attaque, il fut pris de douleur violente, accompagnée de *paralysie partielle* du bras et de la jambe *gauches*. Il survint ensuite des *convulsions générales*, suivies d'*hémiplégie complète* et de *coma*. La mort survint vingt-trois jours après l'attaque qui força le malade à garder le lit.

» *Altérations morbides.* Trois onces de liquide dans les ventricules; la substance cérébrale très-ferme; dans le lobe postérieur de l'hémisphère *droit*, tumeur ferme du volume d'un œuf de pigeon : à l'intérieur, d'une couleur de *chair pâle* (*of a pale flesh colour*), et d'une texture granuleuse, non enkystée, mais recouverte, dans une grande partie de sa circonférence, par un tissu ressemblant aux bandes fibreuses d'un carcinome. Cette tumeur communiquait avec le ventricule de manière à former une partie de la paroi de la corne postérieure et inférieure : la marge du pied d'hippocampe y était attachée. La pie-mère, qui tapisse le ventricule en cet endroit, était *très-vasculaire.* »

§. I. Vous voyez ici les mêmes symptômes que dans les cas précédens, mais avec une marche plus lente et des caractères moins tranchés; ce ne sont plus des attaques soudaines accompagnées chaque fois d'hémiplégie : cependant, même dès le principe, elles sont parfois assez intenses pour causer des chutes avec perte de mémoire ; bientôt, ces attaques deviennent plus fréquentes, prennent un caractère plus prononcé; le côté gauche commence à perdre ses fonctions : une dernière attaque rend l'hémiplégie complète. On ne peut donc pas regarder cette observation comme un exemple de maladie chronique et d'une durée continue, depuis le début jusqu'à la mort.

§. II. Pour bien concevoir la description de la tumeur, il faut que vous vous rappeliez la disposition anatomique de la partie du ventricule qu'elle occupait.

Les saillies auxquelles on a donné le nom de pied d'hippocampe, tubercule en forme d'ergot, etc., ne sont que des circonvolutions profondes de la base du lobe postérieur, soulevant la substance blanche qui tapisse le ventricule. Il est facile de s'en convaincre, en introduisant le doigt au fond de ces anfractuosités, on trouve alors qu'il n'est séparé de la cavité du ventricule que par une couche très-mince de sa substance blanche : aussi, la forme de ces saillies, à laquelle on a attaché beaucoup trop d'importance, n'a-t-elle rien de bien constant. Rappelez-vous aussi que nous n'avons trouvé de tumeurs bicolores que dans les parties du cerveau où les substances grise et blanche se trouvent rapprochées ou entremêlées, et vous concevrez facilement que la partie rouge de la tumeur répondait à la substance grise d'une circonvolution, et que le tissu qui la recouvrait, semblable aux *bandes fibreuses d'un carcinome*, n'était autre chose que la couche mince de substance blanche dont j'ai parlé, qui avait participé à l'inflammation et à l'induration sous-jacente : cela est si vrai que la tumeur faisait partie de la paroi du ventricule. Je suis entré dans ces détails un peu minutieux, pour que vous ne croyiez pas que cette tumeur était le résultat de deux maladies de nature différente, comme l'ont fait des hommes d'ailleurs fort distingués, pour avoir attaché trop d'importance à l'aspect des altérations, et pas assez à leur cause première.

§. III. On a trouvé trois onces de liquide dans les

ventricules : vers la tumeur, l'arachnoïde était *très-vasculaire*. Il est probable qu'une partie des symptômes observés pendant les attaques dépendait de cette complication ; les vertiges, la perte de la mémoire, l'incertitude dans la marche, l'absence de l'intelligence, enfin les convulsions générales et le coma, me paraissent de ce nombre. Vous ne pouvez trop vous prémunir contre une préoccupation qui a beaucoup nui à l'étude de ce qu'on appelle *maladies organiques ;* c'est celle qui consiste à attribuer tous les symptômes à une seule lésion, à celle qui est la plus apparente. Il est cependant bien rare qu'une altération ancienne cause la mort avant d'avoir provoqué de graves complications : quelquefois même ce sont elles qui tuent. A quel résultat peut-on arriver, si l'on n'en tient pas compte ?

Dans l'observation suivante, publiée par John Hunter (1), les complications étaient plus graves, plus nombreuses ; les deux hémisphères étaient affectés en même temps ; aussi les symptômes ont-ils été beaucoup plus compliqués.

---

(1) *Coronian lecture, philos. transact. of the royal soc. of London*, 1825. *V.* aussi *Archives générales de médecine*, juin 1823, p. 273.

N° 12.

Céphalalgie périodique, affaiblissement des sens, augmentation notable des symptômes à plusieurs époques, convulsions, paralysie générale, vomissemens opiniâtres. Mort au bout de quatre ans. — *Saillies épineuses à l'intérieur du crâne, ramollissement, épanchement considérable dans les ventricules, induration rouge des couches optiques et des parties voisines, concrétions biliaires.*

Mademoiselle A., âgée de dix-sept ans, d'une constitution délicate, ayant cependant toujours joui d'une bonne santé, et étant bien réglée, fut affectée, au commencement de 1820, de céphalalgie violente, sans avoir jamais reçu de coups ni de blessures à la tête. L'application de sangsues au front, celle d'un vésicatoire à la nuque, et d'autres moyens, produisirent à plusieurs reprises un soulagement très-marqué; cependant le mal de tête ne cessa jamais complétement Au mois de mai 1821, les symptômes s'aggravèrent rapidement; la malade rapportait principalement ses souffrances à la tempe droite, et, chaque matin, sa douleur s'exaspérait au point qu'elle se roulait dans son lit, au milieu des angoisses les plus affreuses; après quoi le calme se rétablissait graduellement, et le mal de tête devenait supportable pendant le reste de la journée. A cet état fâcheux vinrent encore se joindre d'autres symptômes alarmans, tels que des vertiges,

des syncopes, des frayeurs produites par des objets imaginaires, l'affaiblissement de l'ouïe et le trouble de la vision. La malade devint myope; elle voyait des objets plus grands que nature, et même parfois elle était pendant quelques secondes complétement aveugle : le pouls était vif, la peau chaude : il survint une douleur aiguë à l'estomac, accompagnée de nausées et de vomissemens. De très-vives douleurs parcoururent successivement diverses parties du corps, sans cependant qu'il s'y manifestât aucun signe d'inflammation : c'est ainsi qu'elles occupèrent successivement le cou, la poitrine, différens points de la colonne vertébrale, et enfin les articulations des membres. On employa, sans aucun succès, les vésicatoires, les applications froides sur la tête, le mercure à petite dose, et une foule d'autres moyens. La santé de la malade déclina rapidement, et des vomissemens continuels la réduisirent à un état d'émaciation effrayant.

Le 31 août, elle fut prise, dans son lit, de *convulsions violentes et générales*, accompagnées de *strabisme* et de *cris aigus;* ces convulsions durèrent environ une demi-heure; elles furent remplacées par un état de *stupeur*, qui persista une partie de la nuit. Le lendemain, M. Hunter trouva la malade *beaucoup plus mal; les muscles du tronc n'obéissaient plus à la volonté*, et la malade ne pouvait plus se soulever, ni se retourner dans son lit, quoiqu'elle pût encore mouvoir un peu les bras et les jambes ; elle perdit la vue presque complétement, au point qu'elle ne pouvait distinguer le

jour de l'obscurité que quand le passage était subit; les *pupilles* étaient *très-dilutées*, *et peu sensibles à l'action de la lumière;* la *surdité* avait aussi *beaucoup augmenté.* Cette perte de l'ouïe et de la vue commença par le côté *gauche;* la céphalalgie avait originairement son siége à droite : elle continua à être très-intense; la constipation devint opiniâtre; les *vomissemens* et *la douleur d'estomac* persistèrent; le *pouls* était *fréquent*, la *respiration accélérée*, la *peau chaude et sèche*, le sommeil tranquille et sans *sterteur.* Quelques jours après, elle eut un *nouvel accès de convulsions :* elles se renouvelèrent depuis, avec plus ou moins d'intensité, jusqu'à l'époque de la mort. L'état du canal digestif paraissait avoir quelque influence sur leur retour; parfois il arrivait que la malade avait cinq ou six attaques dans un jour, et d'autres fois, elle passait plusieurs jours sans en avoir : elles survenaient ordinairement sans être annoncées par rien; quelquefois cependant, elles paraissaient résulter de la plus légère excitation. Outre ces convulsions générales, la malade éprouvait encore des *crampes*, des *soubresauts* dans diverses parties du corps. La vue, l'ouïe et l'odorat étaient complétement abolis; et le goût, s'il lui en restait, était très-imparfait : il lui était presque impossible de reconnaître les alimens qu'elle prenait.

Ainsi, privée de l'usage des sens, cette malheureuse fille conservait ses facultés intellectuelles dans toute leur intégrité, excepté pendant les attaques; elle acquit en peu de temps une grande habileté à recon-

naître, au contact, les personnes qui l'entouraient, et à converser avec elles au moyen des doigts. Elle désirait beaucoup pouvoir s'occuper à quelque petit ouvrage manuel ; mais ses bras étaient si faibles, qu'elle ne put supporter la fatigue qu'occasionèrent quelques essais. Elle paraissait connaître très-bien son état, et savait qu'il n'y avait aucune espérance de guérison. Au milieu de ses souffrances, elle montrait une patience admirable ; elle était même gaie, lorsque les douleurs n'étaient pas trop violentes ; et cependant il était rare qu'elle fût libre de douleurs aiguës dans la tête, excepté pendant le temps de son sommeil. Parfois la douleur se portait à la partie supérieure ou inférieure de l'épine, accompagnée d'une sensation de froid extrême au bas du dos ; d'autres fois elle se portait au côté droit, ensuite au côté gauche de la poitrine, et devenait intolérable.

La face était souvent *gonflée*, et comme œdémateuse ; d'autres fois elle était *tout-à-fait tirée*. Une rougeur partielle venait souvent colorer les joues ; les yeux conservaient leur brillant ; les pupilles étaient complétement dilatées et tout-à-fait insensibles à la lumière. La peau était souvent très-chaude, et le siége de démangeaisons insupportables ; la langue, parfois chargée, était en général belle ; après que les vomissemens eurent cessé, l'appétit devint presque insatiable, et la malade reprit de l'embonpoint.

Les vomissemens *bilieux* reparurent à plusieurs reprises, et chaque fois ils réduisaient la malade à un

état de faiblesse extrême, qui se dissipait avec une rapidité étonnante. Le vomissement paraissait se faire par l'action de l'estomac seul, sans être aidé par la contraction des muscles abdominaux; le ventre était toujours resserré; on n'obtenait d'évacuations qu'à l'aide des purgatifs. La malade resta une fois quatorze jours sans aller à la selle : cet état de constipation opiniâtre aggravait toujours les souffrances. Pendant les accès, l'urine coulait involontairement; mais, pendant le reste du temps, la vessie était soumise à la volonté. La respiration était libre et naturelle, la parole nette, la voix claire et distincte; le pouls variable entre quatre-vingt et cent pulsations par minute, était en général petit et faible. Le sommeil était tranquille, et n'était troublé que par le besoin que la malade éprouvait d'être tournée dans son lit; après quoi, elle s'endormait de nouveau. Elle pouvait rester couchée sur le dos, ou sur l'un et l'autre côté; mais elle ne pouvait conserver la même position pendant plus d'une demi-heure, et, si l'on ne la changeait pas aussitôt qu'elle le demandait, souvent il survenait un accès. Elle ne recouvra dans aucun moment la faculté de mouvoir son corps et sa tête, et cependant la sensibilité était intacte.

Cet état persista jusqu'au mois de février 1823, époque à laquelle il empira d'une manière remarquable; les forces s'épuisèrent, et l'estomac rejeta toute espèce de nourriture. On ne pouvait provoquer d'évacuations qu'à l'aide des lavemens. Tout le système musculaire paraissait avoir complétement perdu son action;

les membres se fixèrent dans une position demi-fléchie, et la malade conservait à peine assez de force pour les mouvoir. Les lèvres étaient à demi fermées, les traits contournés, et les parois de la bouche tapissées d'ulcérations aphteuses. Pendant le sommeil, les paupières étaient à demi ouvertes; les yeux devinrent ternes; il survint à l'œil droit une inflammation qui donna lieu à une ulcération et à une opacité de la cornée : la malade paraissait n'y ressentir aucune douleur, et même ignorer que son œil fût affecté. La vessie et le rectum étaient paralysés; les excrétions se faisaient involontairement; la déglutition devint très-difficile; la douleur de tête continuait; mais les attaques de convulsions étaient moins fréquentes, et beaucoup moins violentes, à cause du *défaut d'action des muscles*; les facultés intellectuelles déclinèrent graduellement; la malade ne parlait que très-peu, encore n'était-ce que de ses souffrances; le pouls était faible, et à peine perceptible; cependant la respiration et le sommeil paraissaient être paisibles et naturels. Enfin, le 5 octobre 1823, mademoiselle A. mourut dans un état d'émaciation complète, deux ans après la première attaque de convulsions, quatre ans après l'invasion de la céphalalgie.

Le cadavre, ouvert en présence de MM. Cartwright et Yarwold le lendemain de la mort, offrit les altérations suivantes :

Le cuir chevelu était légèrement œdémateux, et les os du crâne extrêmement minces; plusieurs saillies en

forme d'épines se portaient de la partie postérieure de chaque pariétal vers l'intérieur du crâne; les membranes du cerveau étaient parfaitement saines, et la substance de cet organe offrait un peu de ramollissement : il existait de *huit à dix onces de liquide dans les ventricules ;* la membrane qui tapisse ces cavités était d'une couleur jaune; les couches des nerfs optiques étaient un peu augmentées de volume, irrégulières à leur surface, et entièrement converties en un tissu fongueux. Une section longitudinale d'un de ces corps présenta exactement l'aspect d'une masse de sang coagulé. Les corps striés étaient sains; mais la maladie s'étendait aux parties voisines du cerveau, et inférieurement au cervelet, jusqu'au bord postérieur et inférieur de la grande faux; les nerfs optiques étaient d'une couleur plus foncée qu'à l'ordinaire, mais ne paraissaient d'ailleurs aucunement altérés dans leur texture : les autres nerfs du cerveau n'offraient aucune altération : il en était de même de la moelle épinière. Il existait à la base du crâne plusieurs crêtes osseuses très-aiguës, et les saillies qu'on remarque à l'intérieur des os du crâne étaient toutes très-prononcées.

Les viscères du thorax et de l'abdomen étaient sains: seulement on trouva dans la vésicule du fiel un grand nombre de *concrétions biliaires*, et une certaine quantité de bile épaissie.

§. I. L'histoire des maux éprouvés par cette malheureuse et intéressante malade est bien longue; les alté-

rations trouvées après la mort sont aussi bien nombreuses. Voyons cependant si cette observation diffère autant des précédentes qu'il paraît au premier coup d'œil : essayons de nous rendre compte de ce qui s'est passé.

Plusieurs saillies en forme d'épines se portaient de la partie *postérieure* de chaque *pariétal* vers l'intérieur du crâne; il existait à la base du crâne plusieurs crêtes osseuses très-aiguës; l'altération principale de la substance cérébrale s'étendait des deux couches optiques *aux parties voisines du cerveau*, *et inférieurement au cervelet*, *jusqu'au bord postérieur et inférieur de la grande faux*. N'est-il pas probable que ce sont ces pointes osseuses dirigées vers la substance cérébrale qui ont provoqué les maux de tête violens, etc., etc.? Les faits de cette nature sont si nombreux, qu'il serait fastidieux autant qu'inutile de les rappeler séparément.

Les symptômes ont affecté les deux côtés du corps d'une manière à peu près égale, et *les altérations* étaient symétriquement réparties. Ils se sont composés de phénomènes spasmodiques et paralytiques : les premiers, qui constituaient les accès, étaient produits immédiatement par la fluxion; les autres dépendaient des altérations qu'elle laissait après elle. C'est pourquoi les uns étaient intermittens, très-variables pour la forme et l'intensité, tandis que les autres restaient stationnaires, ou augmentaient. Il faut en effet bien distinguer, dans le cours de cette longue série de symptômes, les accès nombreux, courts et fré-

quens, à la suite desquels la malade se retrouvait à peu près dans le même état qu'auparavant, et les exacerbations violentes et prolongées survenues à cinq ou six époques distinctes, et à la suite desquelles la paralysie fesait chaque fois des progrès notables. Dans le premier cas, il n'y avait que congestion momentanée; dans le second, il y avait inflammation, augmentation des altérations.

Par altérations, je n'entends pas seulement parler de celles du cerveau. Ici la méningite chronique des ventricules était beaucoup plus prononcée que dans les trois observations précédentes. L'épanchement a été évalué à huit ou dix onces; l'arachnoïde était d'une couleur jaune. Cette grave complication a dû jouer un rôle important dans la production des symptômes; mais il est impossible de s'en former une idée nette, attendu que les deux moitiés symétriques du cerveau étaient également et profondément affectées. Toutefois, si la multiplicité des désordres ne permet pas une analyse détaillée de chaque symptôme en particulier, elle explique très-bien leur nombre et leur variété.

§. II. L'auteur a intitulé cette observation *Fongus hématode du cerveau*. Mais était ce bien un fongus hématode? Il est permis d'en douter. Ce serait peut-être le seul exemple d'une pareille lésion occupant la substance cérébrale, tandis que les exemples d'induration rouge de la substance grise sont assez nombreux. Il est dit, à la vérité, que les couches des nerfs optiques étaient converties en un tissu *fongueux*. Mais la

plupart des indurations ou tumeurs *rouges* n'offrent-elles pas une apparence analogue? Leur tissu granuleux, pénétré de sang, les a fait comparer, tantôt à la chair musculaire, tantôt à une glande fongueuse, tantôt au tissu du foie, de la rate, du placenta, etc. Une section de ces corps présenta, dit-on, l'aspect d'une masse de sang coagulé. Est-ce bien là le caractère du fongus hématode? Sa texture est éminemment vasculaire : divisé par l'instrument tranchant, le fongus ressemble au tissu du corps caverneux, et non pas à un caillot de sang. Nous venons de voir des altérations analogues, exactement dans les mêmes organes, ou dans des tissus semblables. Les symptômes ont été plus généraux, plus variés, mais il existait une méningite des ventricules, et les deux hémisphères étaient malades au même degré. Cette altération donc ne différait probablement des tumeurs dont nous nous occupons, qu'en ce qu'elle contenait plus de sang filtré.

§. III. Quant aux vomissemens opiniâtres, le plus souvent bilieux, qui se sont manifestés à plusieurs époques, n'étaient-ils pas dus à une affection momentanée du foie? La vésicule du fiel contenait des *concrétions biliaires* et une certaine quantité de bile épaisse. Nous verrons souvent attribuer au cerveau des symptômes qui dépendaient évidemment de complications, bien décrites à l'ouverture du corps, mais dont on n'a pas tenu compte, parce qu'on n'était préoccupé que de la lésion la plus importante.

N° 13.

Céphalalgies, défaillances, convulsions, cécité. — *Induration rouge d'une portion de la substance grise qui recouvre le corps calleux ; suppuration dans les ventricules.* (*Collect. Acad.*, tome 7, p. 30, obs. 7. Extrait du *Journal des Savans*, 1697.)

« La demoiselle Legendre était sujette à de grands *maux de tête*, à des *défaillances* presque continuelles, et même à des *convulsions épileptiques* : elle en fut si fort attaquée les deux dernières années de sa vie, qu'elle en devint aveugle, et demeura dans cet état pendant trois ou quatre mois. Après la mort, arrivée sur la fin de novembre 1693, dans sa dix-huitième année, cette demoiselle fut ouverte par M. Soye. Quand il en fut venu à la substance cendrée du cerveau, il trouva au-dessus des ventricules, entre la substance corticale et le corps calleux, une masse de *chair* tout-à-fait semblable à un *gésier d'oie*. Immédiatement après le corps calleux, dans les ventricules antérieurs, se présenta un abcès dont il sortit un setier de pus. »

§. I. Le laconisme de cette observation ne permet pas d'y attacher une grande importance. Cependant à l'aide des précédentes, vous concevrez facilement ce que c'était que cette *masse de chair*, *semblable à un gésier d'oie*, située à la surface des circonvolutions qui se replient sur le corps calleux, comment elle s'est formée, etc., etc.

Vous voyez ici se confirmer d'une manière bien frappante ce que je vous ai dit de l'influence qu'exercent sur les ventricules les tumeurs développées dans leur voisinage. Il existait un *setier de pus* dans les ventricules antérieurs. Vous ne serez pas surpris qu'une pareille complication ait joué un grand rôle dans la production des phénomènes morbides. Peut-être a-t-il existé d'autres symptômes que ceux qui sont indiqués; mais pour ceux-là, vous ne les rapporterez certainement pas à la tumeur, comme l'ont fait la plupart de ceux qui ont cité cette observation. L'inflammation consécutive de l'arachnoïde ventriculaire, produit rarement des résultats aussi extraordinaires; mais il est bon de les signaler pour l'intelligence des cas obscurs.

N° 14.

Coup à la tête, dérangement dans les fonctions intellectuelles, symptômes d'hydrocéphale. — *Tumeur charnue sur le corps calleux, épanchement considérable dans les ventricules.* (Félix Plater, obs., lib. 1, page 13.)

Gaspard Bonecurtius, chevalier, éprouva d'abord une aliénation mentale, qui augmenta peu à peu pendant deux ans, au point qu'à la fin, tout-à-fait stupide, il ne faisait rien qui eût le sens commun; il ne demandait pas à manger, et ne prenait de nourriture que par force; il ne se couchait que quand on l'y forçait. Lors

qu'on l'avait conduit à table, par dessous les bras, à peine était-il assis qu'il dormait, et il ne parlait que quand on l'avait interrogé souvent, et encore il ne prononçait que des mots qui n'avaient aucun rapport aux choses qu'on lui disait ; assez souvent il rendait par le nez une quantité assez abondante de pituite aqueuse. Les choses ayant duré dans cet état pendant six mois, il mourut enfin. En recherchant les causes qui avaient pu donner lieu à cette maladie, nous ne pûmes en trouver d'autre qu'un coup qu'il avait reçu à la tête trois ou quatre ans auparavant, et c'est depuis ce temps qu'il avait commencé à s'apercevoir de quelque faiblesse du cerveau, tandis qu'auparavant, aussi vigoureux que qui que ce soit, il n'avait jamais rien ressenti de tel.

Le crâne étant ouvert, et le cerveau enlevé, on trouva *sur* le corps calleux une tumeur *charnue*, comme une *glande squirrheuse*, *fongueuse*, du volume d'une pomme ordinaire, enveloppée d'une membrane propre, entremêlée de veines, libre cependant de toute adhérence avec le cerveau ; de sorte qu'enlevée avec les doigts, sans dissection, elle laissa une cavité qui bientôt se remplit d'humeur aqueuse, venant des ventricules qui en étaient *pleins* et *distendus*.

§ I. Voici encore une tumeur *charnue sur* le corps calleux, c'est-à-dire *dans* la substance grise des circonvolutions. (*Voyez* l'observation précédente.) Les expressions de *glande fongueuse* rappellent aussi le fongus hématode de John Hunter. (*Voyez* n° 12.)

Il paraît, d'après le récit de Plater, que la cause

première de la maladie a été un coup reçu à la tête : il a sans doute produit, non pas un épanchement de sang, mais une contusion, une inflammation de la substance cérébrale. (*Voyez* l'observation de M. Rochou, n°. 7.)

Quant aux symptômes, ils ne diffèrent en rien de ceux de l'hydrocéphale chronique, et les ventricules étaient *pleins* d'une humeur aqueuse qui les *distendait*, etc. C'est donc à cette maladie consécutive qu'il faut attribuer l'aliénation mentale, la stupidité, la somnolence, la faiblesse, etc.

Tous ceux qui ont fait quelques recherches sur les fonctions du *corps calleux*, ont cité cette observation, pour prouver que sa compression détruit l'intelligence, cause le sommeil, etc. Le nom de Gaspard Bonecurtius se trouve dans tous les mémoires, dans toutes les dissertations que j'ai pu me procurer sur ce sujet. Cependant, malgré le volume de la tumeur, on se serait moins pressé de conclure, si l'on avait bien voulu remarquer que des épanchemens semblables produisent tous les jours les mêmes symptômes, sans que rien pèse sur le corps calleux. Comparez cette observation et la précédente à celle de M. Dupuytren, n°. 1 : l'altération était la même, le siége était à peu près le même ; quelle différence dans les symptômes ! Mais aussi dans l'une, l'encéphalite était aiguë sans complication ; dans les autres, les ventricules étaient remplis de pus ou de sérosité.

Fantoni rapporte aussi une observation du même genre.

N° 15.

Céphalalgie, incohérence, épilepsie, coma, convulsions. — *Tumeur dure et rougeâtre sur le corps calleux.* (Fantoni, *Epist. de observ. med. ad Cl. Mangetum, epist.* 5.)

Il s'agit, dans cette observation, d'un homme avancé en âge, qui éprouva souvent, pendant plusieurs années, des maux de tête rapportés surtout au vertex, très-intenses dans les derniers mois de la vie, accompagnés, quand ils étaient violens, *d'incohérence dans les idées.* Il survint aussi de *l'épilepsie*, une grande âcreté dans la salive et une faim importune. La mort survint dans un état *comateux* accompagné de convulsions.

Fantoni dit seulement qu'on trouva sur le corps calleux une tumeur dure et *rougeâtre.*

Les symptômes sont rapidement et vaguement indiqués; l'altération n'est pas décrite. Il n'est pas question des ventricules ni de l'état des méninges. Cette observation est donc encore plus incomplète que les précédentes. Tout ce qu'on peut dire, c'est que ce sont des cas de même nature; qu'il peut être utile de les comparer pour les éclairer l'un par l'autre.

Le fait suivant mérite, sous tous les rapports, de ne pas être séparé de ceux que vous venez de lire.

N° 16.

Céphalalgie, somnolence, coma. Mort le onzième jour. — *Tumeur charnue, épanchement ventriculaire.* (Lieutaud, tome 2, liv. 2, obs. 214)

Un enfant, âgé de sept ans, est attaqué subitement d'une douleur de tête dans le côté *gauche*, accompagnée de somnolence et de lassitude, suivie de nausées et d'inappétence. Huit jours après, l'assoupissement augmente, le pouls devient petit, inégal; la respiration s'embarrasse : il meurt le onzième jour dans un état comateux. Après la section du crâne on trouva une tumeur molle et *charnue*, de la grosseur d'une noisette, *adhérente à la dure-mère*, et située sur le côté *gauche*, près de la suture sagittale. *Les ventricules du cerveau étaient remplis d'eau*, les plexus choroïdes *durs*, *squirrheux*, et pleins d'hydatides.

§. I. Cette observation, extraite *des Actes d'Edimbourg*, est aussi tronquée que les précédentes. Je n'ai pu m'assurer si c'était Lieutaud qui l'avait mutilée suivant sa coutume, attendu qu'il a soin, comme on sait, de ne jamais indiquer d'une manière précise les sources où il puise. Quoi qu'il en soit, l'épithète de *charnu* donnée à la tumeur, son adhérence à la dure-mère, vous indiquent assez son siége et sa nature. Quant aux symptômes, ce sont ceux de l'hydrocéphale aiguë; et ils étaient dus en effet à cette maladie, puisque *les ventricules étaient remplis d'eau*,

les plexus choroïdes, *durs*, *squirrheux*, etc. La douleur affectait, il est vrai, le même còté que la tumeur; mais une tumeur ne se forme pas dans onze jours. Elle peut avoir provoqué la maladie aiguë qui a causé la mort; mais elle ne s'est pas développée pendant son cours et sous son influence.

§. II. Le même auteur rapporte (tome 2, liv. 3, obs. 209), d'après Rhodius, qu'on trouva, dans le ventricule d'un épileptique, une tumeur *fongueuse* ou *charnue*. Je n'ai pu rencontrer cette observation, et le peu qu'en dit Lieutaud permet à peine de s'en occuper. Seulement l'épilepsie, les épithètes de *fongueuse*, de *charnue*, données à la tumeur, son siége enfin, rappellent les huit observations précédentes.

§. III. Voyez aussi dans le même ouvrage (tome 2, liv. 3, observ. 198) l'observation d'une jeune fille, qui, après une contusion, se plaignit de céphalalgie et d'insomnie sans fièvre, éprouva ensuite un délire mélancolique, et mourut six mois plus tard à la suite d'une chute. On trouva dans chaque ventricule trois tumeurs du volume d'une aveline d'une couleur *brune*, attachées aux parois des ventricules par un pédicule.

Dans ces deux derniers cas, il n'est question ni d'épanchement ni d'altération de l'arachnoïde ventriculaire. Croirez-vous pour cela que les tumeurs ont été sans influence sur cette membrane, lorsque vous venez de voir, dans tous les faits analogues et passablement décrits, des traces non équivoques de méningite aiguë ou chronique, s'accordant parfaitement avec les symp-

tômes observés pendant la vie? Ces histoires de maladies, d'un laconisme aphoristique, peuvent-elles être invoquées pour ou contre une opinion? Non; elles ne peuvent servir à rien. Je dirai plus, ces *vieilleries scientifiques* sont de véritables calamités, par le temps qu'elles font perdre et les erreurs qu'elles entretiennent; et pourtant il faut les citer, quand ce ne serait que pour éviter cette peine à d'autres.

N° 17.

Céphalalgie, paralysie des membres inférieurs, délire. — *Injection des méninges et de la substance cérébrale, ramollissement des parties centrales, sérosité dans les ventricules, induration rouge du lobe gauche du cervelet et d'une partie du droit.* (Morgagni, *epist.* LXII, n° 15.)

« Un homme, âgé de quarante-huit ans environ, cuisinier, et vivant, plus même que son métier ne l'exigeait, autour d'un foyer brûlant, auprès duquel il avait l'habitude de se tenir la tête découverte, avait déjà commencé à se plaindre, depuis une année, de *douleurs très-aiguës du côté du cerveau.* A ces douleurs se joignit bientôt une si grande *faiblesse des membres inférieurs*, qu'il ne pouvait plus se tenir ni sur l'un ni sur l'autre. Une légère fièvre venant compliquer ces premiers symptômes, un médecin fut appelé. Il pratiqua d'abord une saignée du bras, puis une du pied, à cause d'un peu de *délire* que le malade avait de

temps en temps. La fièvre céda bientôt, mais les autres symptômes persistèrent. Le médecin ayant été renvoyé, le malade continua, mais sans succès, à faire usage des remèdes ordonnés comme propres à combattre l'affection cérébrale. Après avoir resté chez lui, et dans son lit, malade pendant quatre mois, affligé toujours des mêmes maux, il fut enfin porté dans un hôpital, où il mourut au bout de dix jours.

» Le pouls avait toujours été tendu, vibratile, du reste médiocrement fort et jamais fébrile. La respiration était naturelle et l'appétit constant. Quoique les membres inférieurs eussent perdu toute espèce de faculté de se mouvoir, les membres supérieurs et les autres parties du corps étaient exempts de la même infirmité. Durant le jour, d'ordinaire, il était pris de sommeil, et la nuit il était affecté d'un léger *délire*. Entre autres choses remarquables chez cet individu, il arriva qu'ayant été saigné du bras et du pied à peu de jours d'intervalle, il mourut pendant la nuit, sans avoir donné, le jour précédent, aucun signe de faiblesse qui pût indiquer une mort prochaine. Il y a plus : le même jour, il avait dîné comme à son ordinaire; le soir, il avait pris une partie de son souper, lorsqu'il fut trouvé expirant.

» Pendant le peu de momens lucides qu'il eut vers la fin de la maladie, il avait témoigné souvent le désir que l'on ouvrît son crâne après sa mort, pour que l'on pût s'assurer de ce qui avait pu lui procurer des douleurs aussi atroces....

» De la sérosité s'écoula pendant que l'on coupait la

tête, et que l'on ouvrait le crâne. Avant d'inciser le cerveau, et surtout après l'avoir incisé, je fis observer que la cavité du crâne n'était point symétrique, et que le côté gauche, surtout vers la partie postérieure, était beaucoup plus éloigné de la partie moyenne que le côté droit. Les vaisseaux des méninges et de la surface des hémisphères étaient plus gorgés que dans l'état normal. »

» Il en était de même de ceux qui traversent la substance cérébrale. Les sections faites dans son épaisseur laissaient voir des points rouges plus manifestes que d'ordinaire. La substance des hémisphères était plus dure. Au contraire, *le corps calleux*, *la voûte à trois piliers* et les *tractus médullaires*, que l'on voit devant les colonnes de sa base, *avaient perdu de leur consistance ordinaire*. Ces *tractus* étaient surtout très-mous; leur substance paraissait presque en dissolution. Le corps strié du côté gauche était *plus mou* que celui du côté droit. Le *septum lucidum* était assez consistant. Il y avait de la sérosité limpide dans les trois ventricules intérieurs; dans les deux latéraux, flottaient les deux plexus choroïdes, sans avoir cependant rien perdu de leur coloration naturelle. La glande pinéale, distendue par de la sérosité, fut déchirée facilement en soulevant la toile choroïdienne, et il ne resta guère qu'une petite partie de sa base dans le lieu qu'elle occupe ordinairement. Le troisième ventricule nous parut plus petit, le quatrième plus grand que d'ordinaire. Pour le quatrième, la chose fut bien évidente après la sec-

tion moyenne du cervelet, et en renversant sur les côtés ses deux moitiés latérales.

En faisant cette section du cervelet, je trouvai une lésion fort remarquable, quoique la surface bien intacte de cet organe ne pût rien me faire soupçonner à cet égard. En effet, à peine le scalpel fut-il parvenu à la profondeur d'un travers de doigt, qu'éprouvant une résistance insolite, je m'arrêtai, et renversant les lèvres de la section que j'avais faite, je fus fort étonné de ne voir paraître aucun indice de l'arbre médullaire du cervelet; je vis à sa place des stries médullaires parallèles, dessinées dans l'épaisseur de la substance corticale, et de ces stries on ne voyait naître aucun des ramuscules qui en naissent ordinairement. Faisant ensuite des efforts avec un instrument plus solide, je coupai ce qui restait de l'épaisseur du cervelet jusqu'au quatrième ventricule, et je commençai alors à voir dans tout son jour la lésion organique qui me fait vous rapporter cette observation. Cette substance n'était ni molle, ni variée en couleur, ni inégale à sa surface, et ne présentait aucun interstice; au contraire, elle était squirrheuse, d'une couleur de *chair pâle*, comme formée par des *corpuscules arrondis*, réunis entre eux de façon à ne laisser aucune inégalité, aucune apparence de vaisseaux sanguins. Cette dégénérescence s'étendait à presque tout le lobe gauche du cervelet et un peu au lobe droit. Si, du côté gauche, on eût enlevé ce qu'il y avait d'intact, pour ne laisser que la partie viciée, on n'aurait pu enlever presque

partout qu'une légère couche. A la partie inférieure de ce lobe, il eût été impossible d'en enlever la moindre parcelle; car la lésion organique avait tout envahi. Elle avait contracté dans ce point de *fortes adhérences* avec la dure-mère; *ce qui pouvait conduire à croire, avec raison, que c'était dans ce point qu'avait commencé la dégénérescence, et que de là elle s'était étendue au loin dans l'épaisseur du cervelet.* Quoique le lobe droit fût d'une consistance molle dans la partie corticale comme dans la partie médullaire, cependant, coupé en travers, il ne présenta pas dans l'une et dans l'autre la disposition qu'on observe ordinairement chez d'autres sujets. Je n'ai pas trouvé d'autre particularité notable, quoique j'aie tout examiné avec soin, et chaque organe dans sa situation naturelle. Le temps d'ailleurs ne m'a pas permis de voir autre chose sur ce cadavre.

§ I. Ainsi que l'observe Morgagni, l'altération paraît avoir commencé par la face inférieure du cervelet, puisqu'elle avait contracté de fortes adhérences avec la dure-mère, comme nous l'avons vu dans les cas où la tumeur avait son siége à la surface des circonvolutions cérébrales. Du reste, la couleur, la texture de la tumeur étaient les mêmes que dans les observations précédentes.

Les membres inférieurs avaient, suivant Morgagni, complétement perdu le mouvement, tandis qu'il était encore conservé dans les autres parties du corps. Pour ceux qui pensent que les membres abdominaux sont

entièrement sous la dépendance du cervelet ; pour ceux qui voient dans cet organe le régulateur des mouvemens nécessaires à la station et à la progression, l'observation de Morgagni sera sans doute décisive. Cependant, en supposant qu'il ait pris toutes les précautions nécessaires pour se garantir de toute illusion dans l'appréciation de la force respective des jambes et des bras, il resterait à savoir s'il n'existait aucune lésion de la moelle ou de ses dépendances ; et Morgagni n'a pas ouvert le canal vertébral. Il n'est pas rare de trouver à la fois dans la moelle et dans le cerveau ou le cervelet des altérations qui se ressemblent. Je vous en rapporterai des exemples curieux. L'identité de composition de ces parties doit même faire présumer que ces complications sont plus fréquentes qu'on ne pense. D'ailleurs un épanchement séreux abondant, qui s'opérerait dans la cavité vertébrale, pourrait bien produire le même résultat ; et Morgagni a noté qu'il s'écoula de la sérosité, lorsqu'on coupait la tête et qu'on ouvrait le crâne. Tout cas de paraplégie, dans lequel on n'a pas examiné avec soin le canal vertébral, est, à mon avis, aussi peu concluant sous le rapport des fonctions du cervelet, des corps striés ou de toute autre portion de l'encéphale, que le serait une observation de mutisme subit, sans ouverture du crâne, pour la détermination du siége de l'organe de la parole.

§. II. Dans les derniers temps, le malade éprouvait un peu de délire pendant la nuit ; les momens lucides étaient

rares. Outre la sérosité qui s'écoula lorsqu'on ouvrit le crâne, il en existait dans les trois ventricules antérieurs. Le quatrième était manifestement dilaté. La voûte à trois piliers et le corps calleux étaient ramollis. N'est-il pas très-probable que le dérangement des fonctions intellectuelles était dû à une méningite chronique, suivie d'inflammation des parties centrales du cerveau?

La distension générale des plus petits vaisseaux distribués aux méninges, à la surface des circonvolutions et à l'intérieur de la substance cérébrale, indique assez que la mort subite a été le résultat d'une congestion brusque et générale.

§. III. La dilatation de la portion d'occipital, qui correspondait à la tumeur, ne laisse aucun doute sur l'ancienneté de l'induration; mais il n'est pas nécessaire, pour expliquer cette déformation, de remonter jusqu'au moment de la naissance, comme le fait Morgagni. Les changemens que peut subir la forme du crâne pendant l'accouchement, ne sont pas durables, et nous verrons bien d'autres ampliations partielles des os du crâne par suite de lésions anciennes du cerveau.

§. IV. Je viens de lire dans les *Archives générales de médecine* (juin 1828, p. 226) une observation du docteur Dufour, qui a trop de rapport avec celle de Morgagni pour que je ne vous la rapporte pas en substance.

N° 18.

Dix-neuf ans : fièvre pernicieuse, état simulant l'ivresse, céphalalgie, somnolence, paralysie des membres inférieurs et supérieurs, coma, surdité, cécité. — *Méninges fort injectées, épanchement ventriculaire considérable, ramollissement des couches optiques, coloration rose uniforme de toutes les parties du cervelet.*

Dole, âgé de 19 ans, robuste, de taille moyenne, charpentier, présente toutes les apparences de l'ivresse; face enluminée, yeux clignotans, parole embarrassée, démarche irrégulière et vacillante : on lui refuse un billet d'hôpital. Le lendemain, même état, même refus fondé sur le même soupçon d'ivresse.

Huit jours après, 20 décembre 1827, admission du malade à l'hôpital. On apprend qu'en octobre il a été traité d'une fièvre *pernicieuse* du plus mauvais caractère, et d'accès de fièvre intermittente. Le 21, à la visite, pouls dur, petit et vif; yeux injectés, face et langue rouges, soif considérable, ventre rétracté, selles rares; sentiment de pesanteur vers la base du crâne (*Diète absolue, saignée du pied, boissons émulsionnees, nitrées, topiques émolliens sur le ventre, ablutions acidules froides sur la tête.*)

Pendant quelque temps, alternatives souvent répétées de bien et de mal. (*Saignées, sangsues en grand nombre, sinapismes, exutoires, calomélas.*)

Vers le milieu de février 1828, apparences d'un retour à la santé; seulement la station et la progression semblent toujours plus ou moins vacillantes. Dole pense à sortir. Mais les extrémités pelviennes se paralysent : aussitôt, oppression, toux sèche, altération et rougeur de la face, vive douleur vers la moitié antérieure de la tête, somnolence : le malade devient insensible à tout ce qui se passe autour de lui; il ne sort du coma que par le besoin de l'alimentation (*sangsues, émétique*); bientôt il ne peut y satisfaire lui-même, à cause de la paralysie des bras. Surdité complète, puis cécité. Pendant quinze jours, existence purement végétative. Le 5 mars, mort sans agonie.

Ouverture du cadavre le 7. Marasme complet, tête grosse, eu égard à la taille; bosse occipitale gauche beaucoup plus saillante que la droite; crâne moins épais en cet endroit, à cause d'une dépression de la table interne qui eût pu recevoir la huitième partie d'un œuf ordinaire, produite par la dilatation contre nature d'un lacis vasculaire correspondant; masse cérébrale considérable; dure-mère fortement *injectée et rouge; arachnoïde et pie-mère participant au plus haut degré à cette congestion.* Cerveau plus dur et plus consistant que dans l'état normal; corps calleux, au contraire, *plus mou* qu'il ne doit l'être. Le scalpel ayant atteint la voûte à trois piliers, il s'échappe, *par jets*, des ventricules latéraux, au moins deux onces d'un liquide, limpide d'abord, puis un peu jaune. Les couches des nerfs optiques sont très-jaunes, et le doigt, en les touchant,

s'imprègne d'une matière inodore, *semblable au pus de bonne qualité d'un abcès.* Nerfs olfactifs et optiques mous, s'écrasant sous la pression du doigt ; cavité occipitale remplie d'une sérosité limpide légèrement rosée; coloration attribuée à l'écoulement d'un peu de sang.

Ce qui frappe le plus, c'est la *couleur rose qui teint la totalité du cervelet*, sans qu'il soit possible de reconnaître en aucun point ses couleurs blanches et grises primitives. Au surplus, le cervelet participe à la dureté et à la consistance des lobes du cerveau.

§. I. Cet état du cervelet était-il le résultat d'une maladie? Sa consistance ne différait pas de celle des parties saines du cerveau : tous les vaisseaux des méninges étaient distendus par une grande quantité de sang. L'ouverture du corps n'a été faite que deux jours après la mort. Pendant tout ce temps, le cadavre est probablement resté couché sur le dos. N'est-il pas possible que, par suite de cette position, le sang qui existait partout en grande abondance se soit accumulé dans les plus petits vaisseaux du cervelet, de manière à lui donner cette teinte rosée générale? J'ai vu, dans des circonstances semblables, des effets cadavériques analogues. Il est vrai qu'alors la substance grise est ordinairement plus injectée que la blanche, et peut encore en être distinguée; que les lobes postérieurs participent à cette injection passive; ce qui ne paraît pas avoir eu lieu ici. Enfin, il existait à la surface du lobe gauche du cervelet, un lacis vasculaire très-développé, qui avait produit une dépression dans

la portion correspondante de l'occipital. C'était par conséquent un état contre nature d'une date fort ancienne; et rien n'est plus commun que les inflammations cérébrales produites par le voisinage d'anciennes altérations organiques. Il est donc possible que cette coloration singulière soit le premier degré d'une transformation semblable à celle dont nous nous occupons, à celle que Morgagni a trouvée dans le même organe.

§. II. Mais en admettant cette supposition, faudrait-il, avec M. Dufour, regarder la maladie du cervelet comme la *cause primitive des principaux troubles fonctionnels observés chez Dole?* Cette observation peut-elle être apportée en preuve de l'influence du cervelet sur les membres inférieurs? Je ne le pense pas. Les autres altérations qui existaient simultanément, expliquent suffisamment ces *troubles fonctionnels*. D'un autre côté, il n'est pas certain que les membres inférieurs aient été plus affectés que les autres parties du corps.

De la sérosité s'est échappée *en jet* des ventricules; limpide d'abord, puis un peu jaune; le corps calleux était ramolli : tout cela n'indique-t-il pas une inflammation ancienne de l'arachnoïde ventriculaire, suivie d'épanchement énorme, inflammation qui s'est ensuite étendue aux parties centrales du cerveau? Les couches des nerfs optiques étaient très-jaunes, et dans un état voisin de la suppuration, puisque *le doigt, en les touchant, s'imprégnait d'une matière semblable au pus de bonne qualité d'un abcès.* En voilà bien assez pour ex-

pliquer *les principaux troubles fonctionnels observés chez Dole*, y compris peut-être la fièvre *pernicieuse*. Ce trouble a été général; les deux moitiés du corps ont été affectées au même degré : les altérations étaient aussi également distribuées dans les deux hémisphères. (Voy. l'observation de Hunter, n° 12.)

Sur quoi se fonde-t on pour penser que les membres inférieurs ont été spécialemeut affectés ? Sur ce que la démarche était chancelante, sur ce que, plus tard, le malade était incapable de sortir de son lit, quoiqu'il pût encore porter des alimens à sa bouche. Mais, quelles précautions a-t-on prises pour constater la force relative des jambes et des bras ? A-t-on réfléchi à l'énorme disproportion qui existe entre la puissance musculaire nécessaire pour porter et mouvoir tout le corps, et celle qu'exige le déplacement d'une cuillère ou d'un morceau de pain ? Pour constater que les jambes étaient plus faibles que les bras, il eût fallu, lorsque Dole était couché, les lui faire remuer alternativement : je suis convaincu qu'alors on n'eût aperçu aucune différence dans la force et la vitesse des mouvemens; et, ce qui me le prouve, c'est que bientôt après qu'il eut été confiné dans son lit, ses bras furent tellement paralysés, qu'il ne put plus s'en servir pour porter les alimens à sa bouche. Bien plus, cette paralysie ne portait pas seulement sur les membres : les facultés morales et intellectuelles étaient anéanties, ainsi que les fonctions des sens, puisque le malade était sourd, aveugle, insensible à tout ce qui

se passait autour de lui. La malade de J. Hunter était exactement dans le même cas. Forcée de garder le lit, parce que ses jambes ne pouvaient plus la porter, elle avait cherché à se distraire en s'occupant de petits ouvrages qui exigeaient plus d'adresse que de force; mais la fatigue les lui fit bientôt abandonner. La seule différence qui existait entre les bras et les jambes, dépendait uniquement de la nature de leurs fonctions: les uns pouvaient encore manier l'aiguille, lorsque les autres ne pouvaient plus supporter le poids du corps; mais était-ce là une véritable paraplégie? Si vous persistiez à le croire, vous seriez fort embarrassé de l'expliquer; car, non-seulement la maladie n'occupait pas le cervelet, mais encore elle n'avait aucun rapport avec les corps striés, ni avec les lobes antérieurs. Les couches des nerfs optiques et les parties postérieures du cerveau étaient seules malades. Mais de pareilles observations ne peuvent servir ni à combattre, ni à défendre ces opinions, attendu qu'il n'y a pas eu réellement paraplégie, et le nombre de ces faits mal observés est plus grand qu'on ne pense, tant il est facile de se faire illusion quand on se hâte de juger sur les premières apparences!

J'ai rencontré souvent des malades qu'on disait paraplégiques, parce qu'ils ne pouvaient plus marcher ni se tenir debout; mais en les faisant coucher sur le dos, il était facile de leur faire lever les pieds fort haut, de faire exercer aux membres abdominaux des mouvemens dans

tous les sens, etc. Quand on leur mettait dans la main un verre plein de liquide, une cuillère, il était rare qu'en les portant à la bouche ils n'en répandissent pas une partie. On pouvait enfin constater que les mouvemens avaient aussi peu de force, étaient aussi mal assurés dans les membres thoraciques que dans les membres abdominaux correspondans ; la sensibilite y était aussi au même degré ; en un mot, l'illusion était venue de ce que les malades avaient commencé par être confinés dans leur fauteuil ou dans leur lit. Vous concevez que c'est seulement dans les maladies chroniques qu'une pareille erreur est possible ; dans les apoplexies, les encéphalites aiguës, la paralysie est tout à coup portée à un trop haut degré pour que le bras conserve le moindre mouvement. Aussi est-ce toujours dans des cas de tumeur, et surtout d'hydrocéphale chronique, que j'ai eu occasion d'en faire la remarque.

La paralysie générale incomplète des aliénés a surtout trompé la plupart des observateurs, à cause de sa marche lente, graduelle, presque insensible ; les auteurs qui en ont parlé signalent avec soin la difficulté de la station, la gène, l'embarras de la progression, les chutes fréquentes des malades, leur démarche chancelante, la nécessité où ils sont de rester assis ou couchés, quoiqu'ils continuent à se servir de leurs mains. De là, presque tous ont conclu que la paralysie commençait par les membres inférieurs. Cependant il arrive souvent qu'en

même temps, ou même avant qu'on remarque quelque changement dans la démarche des malades, la prononciation est moins nette, moins distincte, les mouvemens de la langue sont embarrassés, etc.; ce qui prouve que la paralysie ne procède pas de bas en haut. M. Calmeil, à qui nous devons un excellent ouvrage sur *la Paralysie considérée chez les aliénés*, est celui qui a le plus approché de la vérité; mais il n'en a fait aucune application.

« Depuis long-temps, dit-il, page 14, la démarche est vacillante, et les mains servent encore à toute sorte d'usages, *absolument comme si la paralysie les respectait*. Sont-elles réellement épargnées? *L'on ne peut admettre que ce que l'on voit;* cependant *il est à croire* que si les bras étaient obligés de soutenir, comme le font les jambes, tout le poids du corps, on apercevrait de meilleure heure les premiers indices de la faiblesse qui finit par les atteindre. En effet, qu'on examine le paralytique au lit, quand il est couché sur le dos; quand les membres pelviens n'ont plus à supporter le tronc, il leur imprime tous les mouvemens qu'on exige de lui; et ces mouvemens *diffèrent peu*, pour l'étendue, de ceux des membres thoraciques. »

Ces réflexions sont très-justes, mais exprimées avec cette réserve, cette timidité qui indiquent une conviction peu profonde; et M. Calmeil les perd bientôt de vue dans tout le cours de son ouvrage. A tout moment il insiste sur cette faiblesse des membres inférieurs, comme sur un caractère distinctif de la para-

lysie des aliénés. Il a soin de la faire remarquer à l'occasion de chaque observation particulière; et dans les discussions théoriques par lesquelles il termine son ouvrage, il s'en sert comme d'un argument pour appuyer différentes opinions, pour distinguer la paralysie des aliénés de toutes les autres; comme si elle en différait en effet, toutes les fois qu'elle est produite par une affection lente, agissant à la fois sur les deux hémisphères; comme si, dans les cas d'hémorrhagie, d'encéphalite aiguë, la différence qu'il signale n'était pas due à la rapidité avec laquelle la paralysie atteint son plus haut degré d'intensité : ce qui rend toute illusion impossible.

En résumé, la paralysie générale incomplète des aliénés semble commencer par les membres inférieurs, parce que sa marche est on ne peut pas plus lente, et parce que le moindre affaiblissement des membres pelviens est plus facile à apprécier, à cause de la force qu'exige l'exercice de leurs fonctions. Aussi, soit que la paralysie dépende d'un épanchement séreux, ou d'un ramollissement de la surface des circonvolutions, on n'en peut rien conclure contre l'opinion de ceux qui placent les membres inférieurs sous l'influence du cervelet, ou des corps striés. Mais je ne voudrais pas non plus que les auteurs de ces opinions les défendissent par des argumens tout-à-fait de même nature, et aussi peu concluans.

S'il faut en croire M. Lacrampe Loustaud (*Revue médicale*, mars, 1824, page 415), « M. Serre a observé que le corps strié est développé le dernier : les stries

n'existent pas chez le fœtus à terme : ce qui explique, selon lui, pourquoi l'enfant, à l'époque de la naissance, se sert de ses bras avec agilité; pourquoi, au contraire, *il ne peut se tenir sur ses jambes* qu'une année, et quelquefois plus tard, après la naissance. »

C'est toujours la même illusion d'observation qui donne lieu au même vice de raisonnement. Il fallait d'abord se demander si réellement les jambes étaient plus faibles que les bras; et, pour répondre à cette question, il suffisait d'avoir vu emmaillotter quelque enfant un peu récalcitrant. Qui ignore avec quelle force, avec quelle agilité ils remuent alors les jambes, par quels vigoureux coups de pieds ils repoussent les langes dont on cherche à les envelopper ? Demandez aux nourrices si elles n'ont pas reçu, de très-jeunes enfans, plus d'un coup de talon sur le sein, qui les fesait plus souffrir qu'un coup de poing. Cependant ces enfans ne marchent pas, et portent à leur bouche tout ce qu'on leur met à la main. Rien n'est plus facile à concevoir : à cet âge, les pieds sont si petits et si tendres, les tibias et les fémurs si droits, le bassin si incliné, la colonne vertébrale si peu courbée, les apophyses épineuses si peu développées, le col du fémur si court, que l'équilibre est bien difficile à maintenir. C'est cependant sur cette base de sustentation que doit se balancer ce ventre si saillant, cette tête si volumineuse; quelle force, quelle adresse ne faut-il pas pour y parvenir!

Pour résumer en peu de mots tout ce que j'ai dit de la faiblesse des membres inférieurs, tant qu'elle n'aura

22.

été appréciée que par la difficulté de la station et de la progression, tant que la cavité rachidienne n'aura pas été examinée avec soin, je regarderai comme nulle toute observation pour ou contre telle ou telle opinion relative à l'influence du cervelet, des corps striés, etc., sur les fonctions de ces membres.

N° 19.

Soixante-seize ans : hémiplégie, aliénation mentale, trois ans après, paralysie à gauche. Mort le lendemain. — *Induration rouge et blanche du lobe* gauche *du cervelet*, *ramollissement du* droit, *méningite chronique*. (Obs. communiquée par le docteur Ramond.)

M. Desessards, âgé de soixante-seize ans, d'une constitution replète, éprouva, en 1813, une attaque d'hémiplégie, à la suite de laquelle il donna des signes d'aliénation mentale, et fut conduit, au bout de trois mois, à la maison royale de Charenton, marchant difficilement, se servant mal de tous ses membres, ayant toutes les facultés intellectuelles affaiblies. Pendant trois ans, il fut tourmenté par des idées singulières : tantôt il se croyait coupable et condamné à quelque supplice ; tantôt il était dans une exaltation entièrement opposée, qui se manifestait par des propos gais et quelquefois libres.

Le 4 novembre 1816, M. D*** présenta tous les phénomènes précurseurs d'une attaque d'apoplexie : la commissure *droite* des lèvres était abaissée. On administra un émétique. Les symptômes qui avaient été

observés le matin prirent bientôt de l'intensité. A cinq heures du soir, les membres du côté *gauche* étaient paralysés, les yeux tournés en haut; la respiration était stertoreuse, le pouls vibrant, irrégulier. Cependant le malade n'avait pas entièrement perdu ses facultés intellectuelles; il paraissait reconnaître les personnes qui l'entouraient, et leur serrait affectueusement la main.

Le lendemain 5, on administra un nouvel émétique et des lavemens purgatifs; on appliqua des vésicatoires et des sinapismes. Malgré l'emploi de ces moyens, le sentiment et le mouvement s'éteignirent peu à peu, et la mort survint à une heure après midi.

Nécroscopie. Tégumens du crâne infiltrés d'un sang fluide et noir; système veineux cérébral gorgé d'un sang de même nature; arachnoïde épaissie, dans certains points, comme infiltrée de sérosité; dans d'autres, offrant des plaques rouges. Rien de remarquable dans la substance du cerveau. Un peu de sérosité dans les ventricules, petites tumeurs hydatiformes, et disposées en grappes dans l'épaisseur des plexus choroïdes. Lobe *droit* du cervelet ramolli d'une manière remarquable à la face supérieure : ce ramollissement paraît borné à la substance grise. Le lobe *gauche* présente, dans son centre, un point *brunâtre*, avec induration notable et incolore de la substance blanche environnante. Rien de particulier dans les viscères thoraciques et abdominaux.

§. I. Nous manquons de renseignemens sur l'hémi-

plégie qui a précédé l'aliénation mentale; mais il est probable qu'elle a présenté les mêmes caractères que celle qui, trois ans après, s'est terminée si promptement par la mort, et qu'elle a été due à une cause semblable. En d'autres termes, l'induration du lobe gauche a été le résultat d'une inflammation qui s'est manifestée par les mêmes symptômes que celle du lobe droit, et elle a commencé, comme elle, par produire le ramollissement de la substance cérébrale.

Ici, la paralysie a suivi la marche progressive que nous avons regardée comme propre à faire distinguer l'encéphalite de l'hémorrhagie cérébrale : elle affectait le côté *gauche*, et c'était le lobe *droit* qui était ramolli.

Je vous ai déjà rapporté plusieurs exemples de lésion du cervelet, qui ont produit des effets croisés. Voyez, entre autres, l'observation sixième de la seconde lettre, qui ressemble à celle-ci sous plusieurs autres rapports : c'était, dans ce cas, le côté *droit* qui était paralysé, et le ramollissement était borné au lobe gauche du cervelet.

§. II. Pourquoi la partie centrale de cette altération était-elle brunâtre, tandis que le reste était incolore? c'est que la première affectait le corps rhomboïde ou festonné, ganglion de substance grise; et l'autre, *la substance blanche environnante.* Vous avez vu quelque chose de semblable dans les trois premières observations, et surtout dans celle de Hunter, n° 11, où la substance grise des circonvolutions qui forment ce

qu'on appelle *le pied d'hippocampe*, était de couleur de chair pâle, tandis que la substance blanche de la surface du ventricule qui recouvrait la tumeur, ressemblait aux *bandes fibreuses* du carcinome.

§. III. L'aliénation mentale doit être rapportée à la méningite chronique consécutive, comme dans l'observation que je dois au même praticien, et qui, recueillie dans la même maison, a tant d'analogie avec celle-ci.

§. IV. Une chose remarquable, c'est qu'une inflammation du cervelet, capable de produire une hémiplégie, n'ait diminué en rien le peu d'intelligence qui restait au malade; et il lui en restait fort peu avant cette nouvelle maladie : cependant « il paraissait reconnaître ceux qui l'entouraient, et leur serrait affectueusement la main. »

Dans l'observation sixième de la seconde lettre, que je viens de vous citer, le malade avait conservé *toute sa connaissance*, quoique tout le côté droit fût paralysé. Ces deux cas sont bien favorables à ceux qui pensent que le cervelet n'est pour rien dans la production des actes moraux et intellectuels.

Il est une circonstance de cette observation sixième, qui n'est pas sans intérêt : depuis que M. Bouillaud a publié son opinion sur le siége de l'organe de la parole, c'est que le malade avait entièrement perdu la faculté de parler : cependant il n'existait pas d'autre altération que celle du cervelet.

N° 20.

Céphalalgie en arrière et à droite, engourdissement moral et physique, sensibilité obtuse, hydrocèle à *gauche*. — *Induration rougeâtre, d'apparence charnue, du corps rhomboïde* droit *du cervelet*. (Gall, *Fonctions du cerveau*, 1823, tome 3e, p. 297.)

« Un jeune homme de vingt-un ans, grand, d'une constitution sèche, entra à la Charité dans la première quinzaine du mois d'août 1822. Il avait l'air hébêté, parlait à peine, et se plaignait d'une douleur profonde et continue à la partie postérieure de la tête, du côté droit; il avait les yeux saillans, et la peau de la figure, ainsi que celle de tout le corps, sale, sèche, et comme terreuse; il restait couché sur le dos, et se remuait difficilement, quoiqu'il ne fût paralysé ni du sentiment, ni du mouvement; mais sa sensibilité était fort obtuse. Depuis qu'il était malade, il n'avait eu aucune érection; le testicule droit était de volume ordinaire; le côté droit des bourses était plus volumineux; il y avait un hydrocèle qui empêchait d'apprécier le volume du testicule de ce côté.

» Ce malade mourut le 6 septembre. On l'ouvrit le 7. On trouva le lobe *droit* du cervelet plus gros que l'autre, et l'on voyait une saillie bien marquée à sa face supérieure. On incisa de côté sur cette saillie, et on trouva une tumeur *rougeâtre*, d'apparence *charnue*,

au milieu de la substance médullaire, qui offrait les changemens suivans : d'abord, elle était plus large que celle du côté opposé; sa couleur était d'un jaune clair; elle avait une consistance assez grande, puisqu'on en soulevait une lame assez longue sans qu'elle se rompît: on ne pouvait pas en faire autant sur celle du lobe gauche. J'ai dit une lame, parce que la portion de substance médullaire qui entourait immédiatement la tumeur, avait l'aspect d'une membrane d'une demi-ligne d'épaisseur : je crus même d'abord que c'était un kyste; mais elle se confondait presque partout avec la substance médullaire environnante; en quelques points seulement on pouvait la séparer. La verge était assez longue, très-ridée, et le gland découvert. Le testicule droit, comme je l'ai dit, était de volume ordinaire; il y avait du côté gauche un hydrocèle de volume médiocre, et le testicule de ce côté était plus mou et un peu moins volumineux que l'autre. »

§. I. Je vous ai rapporté cette observation tout entière, parce qu'elle se trouve dans l'ouvrage d'un homme de génie qui a rendu de grands services à la science, et aussi parce qu'elle se rattache à des idées d'une haute importance; mais, comme elle n'a pour but que de démontrer la liaison des organes génitaux avec le cervelet, elle ne contient rien sur l'état du cerveau, des méninges, des viscères pectoraux et abdominaux. Aussi, tout ce que nous pouvons en conclure sous le rapport qui nous occupe, c'est que la tumeur *rougeâtre*, *comme charnue*, qui occupait le milieu de

la substance médullaire du lobe cérébelleux *droit*, n'était autre chose qu'une induration du corps rhomboïde ou festonné, ganglion de substance grise très-vasculaire, et naturellement très-ferme. L'espèce de lame d'un jaune clair qui l'entourait, n'était que de la substance blanche, également endurcie. La différence de couleur due à la différence des tissus, a seule pu faire distinguer là deux altérations essentiellement de même nature, et donner à celle qui entourait l'autre quelque ressemblance avec un kyste qui se serait confondu avec la substance cérébrale saine. Au reste, l'observation précédente lève toute espèce de doute à cet égard.

Vous trouverez peut-être ces détails d'anatomie pathologique bien minutieux; mais je ne crois pas qu'on puisse attacher trop d'importance à montrer l'influence qu'a la structure des parties sur l'aspect des altérations morbides; c'est le seul moyen de faire disparaître un jour les distinctions arbitraires établies entre des transformations produites par la même cause, ainsi que les classifications et les nomenclatures insignifiantes qui embarrassent la science, et trompent ceux qui se paient de mots.

§. II. Quant aux conséquences que Gall a voulu tirer de cette observation, elles sont évidemment forcées. Est-il bien extraordinaire qu'un malade, dans l'état où l'on nous peint celui-là, n'ait pas eu d'érections? Le testicule gauche était plus mou et un peu moins volumineux que l'autre, parce qu'il était enveloppé d'un hydrocèle. Le lobe droit du cervelet était

malade, et *plus gros que l'autre*. Qu'en conclut Gall? « Que dans l'état de santé aussi le cervelet doit diminuer chez les mammifères et les oiseaux, toutes les fois qu'après le temps de la chaleur les testicules diminuent. » Je concevrais ce raisonnement, si l'on eût trouvé le lobe droit du cervelet atrophié; mais c'était justement tout le contraire : il était plus gros. Des faits de cette nature, interprétés de cette manière, sont plus propres à détruire un système qu'à le faire prospérer.

N° 21.

Céphalalgie, perte graduelle de la vue, de la mémoire : coma. Mort le huitième mois. — *Epanchement dans les ventricules, induration rouge adhérente à la tente et à la faux.* (Abercrombie, ouvr. cité, supp. 10, part. III, c. X.) (1).

« Un homme de quarante-sept ans commença, en mai 1816, à éprouver des maux de tête, accom-

---

(1) Au bas de cette observation, et d'une foule d'autres rapportées dans le même ouvrage, se trouvent ces mots : *author's notes*. J'ai cru d'abord qu'il s'agissait de notes recueillies par l'auteur dans le cours de sa pratique, d'observations de lui, rédigées de mémoire. Mais je me suis bientôt aperçu qu'il fallait entendre par-là, *notes prises par l'auteur pendant ses lectures ;* car j'ai fini par retrouver tous les faits qu'il avait puisés dans les ouvrages français. Dans ses analyses, la plupart avaient perdu quelques-unes des circonstances qui m'intéressaient le plus ; d'autres étaient à peine reconnaissables. Il

pagnés de pesanteur, qui augmentaient quand il se baissait ; ils s'accrurent graduellement, malgré de copieuses évacuations. Dans le mois d'août, sa vue diminua ; il eut des vertiges. En septembre, il ne voyait plus les objets qu'à une très-vive lumière. En décembre, il était tout-à-fait aveugle; la douleur était violente et continue. Au milieu de janvier, stupeur, perte de mémoire. Le 31, mort dans un état comateux.

» *Altérations morbides.* Tumeur du volume d'un gros œuf, adhérente à la tente du cervelet, de manière qu'une partie était au-dessus, et une autre au-dessous; tandis que, supérieurement, la faux entrait également dans sa substance ; elle était ferme à l'intérieur, et ressemblait au tissu *du rein.* Il y avait quatre onces de fluide dans les ventricules. »

§. I. En lisant la description de cette altération, vous avez peut-être été tenté de croire qu'il s'agissait d'une maladie de la dure-mère; mais il n'est question d'aucune altération dans le tissu de la faux, ni dans celui de la

---

est quelques-unes de ces observations que je n'ai pu rencontrer nulle part ; je présume qu'elles sont empruntées à des compatriotes ; mais où fallait-il les chercher? Il faut bien dans ce cas les prendre comme il a plu au docteur Abercrombie de nous les donner.

A quoi faut-il attribuer cette absence totale d'indications? Est-ce à un calcul ? Ce serait le *système* de Lieutaud perfectionné. Quoi qu'il en soit, espérons que la critique empêchera de pareilles habitudes de s'introduire dans les sciences ; c'est une des plus grandes calamités qui puissent les menacer.

tente du cervelet; et nous avons vu que les indurations de la surface du cerveau ou du cervelet sont ordinairement adhérentes aux méninges. Il est vrai qu'ici les replis de la dure-mère divisaient bien singulièrement la tumeur. Mais, chez Caron, n° 6, la faux était enveloppée inférieurement par une tumeur de même aspect, due à plusieurs inflammations aiguës des circonvolutions. Ici, la disposition était la même; seulement les rapports des surfaces adhérentes étaient plus compliqués. Cette tumeur n'était donc autre chose qu'une *induration rouge* d'une portion de la substance grise de la surface du cervelet et des lobes postérieurs du cerveau. Vous ne serez pas surpris que des portions correspondantes de substance cérébrale aient été affectées en même temps, et de la même manière, si vous vous rappelez avec quelle facilité l'inflammation s'étend, d'un organe enflammé, à ceux qui sont en contact avec lui. Ainsi, cette tumeur, *ressemblant au tissu du rein*, ne diffère pas des précédentes.

Quant aux symptômes, ils ont tant de rapport avec ceux de l'hydrocéphale chronique, qu'on peut soupçonner l'épanchement ventriculaire d'avoir contribué à leur développement.

§. II. Vous trouverez dans le septième volume du *Medical Repository*, n° 38, février 1816, un fait qui prouve combien l'affection consécutive de la membrane séreuse des ventricules peut avoir d'importance en comparaison de la cause qui l'a fait naître. Il s'agit d'un médecin qui, sujet à des maux de tête violens et

périodiques, à des vomissemens et à des attaques de convulsions de plus en plus violentes, finit par succomber dans l'une d'elles. On trouva huit onces de sérosité dans les ventricules; à la partie inférieure du lobe gauche du cervelet, existait une tumeur du volume d'une noix, et, dans le point correspondant de l'autre lobe, une tumeur *rosée* (*florid tumor*) du volume d'un pois. Il est évident qu'ici l'affection consécutive est devenue prédominante, et que des tumeurs si petites n'ont pu jouer qu'un rôle très-accessoire dans la production des symptômes à côté d'un si énorme épanchement.

N° 22.

Douleur occipitale, hémiplégie à gauche, guérison, paralysie générale, etc. — *Deux tumeurs charnues au côté* droit *du pont de varole, épanchement considérable.* (*Edimbourg Journ.* XI, p. 270.)

Un homme, âgé de trente-cinq ans, éprouvait par instant des vertiges, du malaise, et habituellement une douleur fixe, qui de l'occiput s'étendait vers le cou. Après cinq mois, hémiplégie du côté *gauche*, affaiblissement de la vue; diminution graduelle de la paralysie. Au bout de cinq ou six mois, attaques de stupeur, précédées de violentes douleurs de tête, de vertiges, et revenant quelquefois jusqu'à vingt fois par jour. Plus tard, cécité de l'œil droit, perte de la mémoire, paraplégie. Quinze jours avant la mort, para-

lysie des membres supérieurs. Durée totale de la maladie, vingt mois.

Ouverture du corps. A la surface du pont de varole, deux tumeurs *charnues*, triangulaires, presque unies par leur sommet : la base de l'une s'étend dans la cuisse *droite* du cerveau, celle de l'autre dans la moelle allongée. L'altération pénètre dans la substance du pont de varole. Epanchement considérable sous l'arachnoïde.

§. I. Nous avons vu trop de tumeurs *charnues* pour que j'entre dans de nouvelles explications au sujet de celles-ci. Elles faisaient saillie à la surface du pont de varole; mais elles prenaient naissance à l'intérieur; de même que dans l'observation de Morgagni (n° 9), la tumeur sortait du corps strié. Le pont de varole est composé en grande partie de substance grise. Ainsi le tissu dans lequel la maladie avait son siége, était de même nature que dans les cas précédens.

Après une douleur de l'occiput, hémiplégie à *gauche;* la maladie avait son siége à *droite.* La paralysie a diminué graduellement, quand l'état aigu de l'inflammation s'est dissipé; puis, de nouvelles congestions sont survenues, etc. Cette observation ressemble donc entièrement aux premières que nous avons rapportées.

§. II. Quant à la paraplégie, elle ne peut s'expliquer par aucune opinion connue, puisque l'altération naissait du pont de varole. Il est impossible d'imaginer que les membres inférieurs aient été paralysés sans les supérieurs. Il s'agit évidemment ici d'une de ces illusions que je vous ai signalées dans le paragraphe II de l'ob-

servation 18. La paralysie s'étant développée lentement, le malade a été hors d'état de marcher avant de cesser de faire usage de ses mains : on a remarqué la faiblesse des jambes plutôt que celle des bras ; et, sans autre examen, on a écrit *paraplégie*. Ce qui prouve la vérité de mon assertion, c'est que, quinze jours avant la mort, les bras avaient perdu *complétement* la faculté de se mouvoir ; je dis *complétement*, parce que ce n'est qu'alors qu'ils cessent de pouvoir être utiles, et qu'on s'aperçoit de leur affaiblissement ; tandis que les jambes peuvent remuer encore quand on les croit paralysées.

§. III. Si vous comparez cette observation à celle d'inflammation aiguë de la protubérance annulaire que je vous ai rapportée au commencement de cet ouvrage. (Voyez L. Ire, n° 17 ; L. II, nos 10, 11 et 12), vous serez de plus en plus convaincu que la cause de ces tumeurs est de même nature que celle des ramollissemens ; vous y retrouverez les mêmes symptômes, marchant seulement avec plus de rapidité, atteignant plus promptement leur plus haut degré d'intensité : mais c'est précisément parce que l'inflammation était plus violente, plus étendue, qu'elle a causé la mort au bout de quelques jours, et c'est parce que la mort est survenue au début de la maladie qu'on a trouvé un ramollissement, et non une induration.

Dans le cas qui nous occupe, l'hémiplégie avait disparu depuis six mois, lorsque de nouveaux accidens se

sont reproduits, et peu à peu ont amené une paralysie générale. Il n'est donc pas étonnant que des tumeurs aient eu le temps de s'organiser, de s'accroître par le retour de chaque nouvelle inflammation. Au reste, dans les observations 11 et 12 de la lettre deuxième, où l'inflammation n'a pas été si foudroyante que dans les autres, il n'y eut d'abord qu'embarras de la parole, engourdissement d'un côté du corps, puis hémiplégie; la paralysie ne devint générale que peu à peu, et sur la fin. Ces symptômes ne diffèrent donc de ceux de l'observation précédente qu'en ce qu'ils ont été dus à une seule inflammation et ont augmenté sans interruption, tandis que les autres n'ont atteint leur plus haut degré d'intensité qu'après plusieurs inflammations, et ont été par conséquent intermittens.

§. IV. Il y avait un épanchement considérable de sérosité sous l'arachnoïde, c'est-à-dire que l'altération ancienne de la substance cérébrale avait provoqué le développement d'une méningite chronique consécutive, comme nous en avons déjà vu tant d'exemples. Cet épanchement a dû contribuer à la paralysie générale et à la mort du malade.

Voici une observation qui a quelque analogie avec celle que vous venez de lire.

N° 23.

Céphalalgie pendant deux mois, symptômes d'hydrocéphale aiguë. — *Tumeurs rosées dans la moelle et dans le cervelet, épanchement séreux très-abondant.* (*Journal de médecine chirur.*, XIVᵉ année, t. XI.)

Un enfant de quatorze ans, d'une santé délicate, portant tous les caractères d'une constitution scrofuleuse, parlait lentement, avait l'intelligence précoce, et préférait l'étude aux jeux de son âge. A treize ans, il eut une douleur au genou gauche, avec gonflement, etc. A quatorze ans, il éprouva pendant deux mois des *douleurs de tête fortes et persistantes;* enfin, tout à coup, sans cause connue, il survint des convulsions, auxquelles succéda un état comateux. (Sangsues, vésicatoires). Point d'amélioration. Le huitième jour, mort dans un état apoplectique.

Cerveau volumineux, *circonvolutions aplaties*, vaisseaux fortement injectés, *sérosité abondante dans les ventricules latéraux, à la base du crâne et dans la cavité vertebrale.* Derrière la partie supérieure de la moelle allongée, on trouva *un corps graisseux rougeâtre*, ou plutôt *rosé*, du volume d'une noix, et présentant à l'intérieur une substance homogène traversée de deux lignes *rouges*, et contenu dans un kyste mince.

Un autre, un peu moins gros, fut trouvé au milieu de la substance du lobe gauche du cervelet.

Engorgement des glandes du mésentère, plaques ulcéreuses sur la membrane muqueuse des intestins.

§. I. Il est clair que ce n'était pas de graisse qu'étaient formés ces corps *rougeâtres* ou *rosés*. Vous avez vu tant de comparaisons de ce genre que celle-ci ne doit pas vous surprendre. Vous concevez aussi que ces tumeurs ne se sont pas formées pendant les huit jours qui ont précédé la mort. Les symptômes observés pendant cette dernière maladie sont ceux de l'hydrocéphale aiguë; et, en effet, les détails de l'autopsie prouvent qu'ils étaient dus à cette complication. Voilà donc encore un cas dans lequel la maladie consécutive a été cause des principaux accidens et de la mort.

N° 24.

Douleurs abdominales, vomissemens, hémiplégie à *gauche*. — *Entérite*, *corpuscules granuleux sur l'hémisphère* droit, *abcès rempli de corpuscules pareils*, *mais d'un rouge vif*. (F.- L. Bang. *selecta diarii nosoc. regii fredericani hafniensis. Hafniæ*, 1789.)

« Un jeune homme de vingt-deux ans fut reçu à l'hôpital Frédéric. On nous apprit que ce malade, ayant arrêté une fièvre intermittente assez ancienne, en prenant un mélange de poivre concassé et d'alcool de grain, avait été pris à cette époque, et souffrait de-

puis quatorze jours d'une violente douleur dans l'abdomen, accompagnée de vomissement des substances ingérées. Je le trouvai sans voix, ne donnant aucun signe de conscience : les membres *gauches* étaient paralysés, le pouls lent; l'urine coulait dans le lit. Des saignées, l'ouverture de l'artère temporale, l'emploi d'un laxatif et des vésicatoires, n'eurent aucun effet. Le malade mourut sans agonie le quatrième jour de son entrée à l'hôpital.

» La partie postérieure de l'hémisphère *droit* du cerveau, *près de la faux*, présentait à sa surface *un grand nombre de corpuscules granuleux*. Ayant enlevé dans cet endroit une couche de substance cérébrale, nous trouvâmes un abcès assez considérable, rempli de *corpuscules pareils*, mais *d'un rouge vif*. Nulle autre lésion dans le cerveau. Tous les intestins, et particulièrement le colon transverse, étaient fort distendus par des gaz; une partie des intestins grêles était le siége d'une inflammation qui allait, dans certains endroits, jusqu'à la gangrène. Le foie et les autres viscères étaient sains. »

§. I. Cette observation est rapportée par M. J. E. Dezeimeris, dans un article intéressant sur les découvertes faites en anatomie pathologique pendant les trente dernières années, etc. (*Archives génér. de Méd.*, juillet 1829, pag. 317). Elle est extraite de l'ouvrage de Fréd.-Louis Bang. Je l'ai rapportée tout entière, malgré son peu d'importance, parce que l'auteur fait un grand éloge de l'ouvrage du docteur Bang, et cite

ce fait, avec deux autres, pour montrer que j'ai été trop sévère envers les observateurs qui ont précédé notre époque, en leur reprochant un excessif laconisme, un défaut de précision dans les détails, etc.

Je regrette vivement de n'avoir pas eu connaissance des observations du docteur Bang, que paraissent avoir également ignorées ceux qui, jusqu'à présent, ont écrit sur les maladies du cerveau; j'y aurais probablement trouvé des matériaux bien précieux. Toutefois, ceux que cite M. Dezeimeris me paraissent plus propres à confirmer mes reproches qu'à justifier ceux qu'il m'adresse: ainsi, pour ne parler que de l'observation que je viens de vous rapporter à cause de l'affinité qu'elle paraît avoir avec celles qui précèdent, n'est-il pas à regretter qu'on ait décrit si rapidement et si vaguement les symptômes et les altérations? A quelle époque ont commencé les symptômes d'affection cérébrale? La paralysie s'est-elle développée lentement ou brusquement? A-t-elle été accompagnée ou non de phénomènes spasmodiques? Combien de temps a duré la maladie? etc. D'un autre côté, les *corpuscules granuleux* trouvés à la surface du cerveau, *près de la faux*, n'étaient-ils pas des *corps de Pacchioni?* Si c'était autre chose, encore fallait-il l'indiquer, afin qu'on ne supposât pas qu'on avait pris une disposition normale pour une altération pathologique. On se demande aussi ce que pouvait être *un abcès assez considérable rempli de corpuscules* pareils, *mais d'un rouge vif;* en quoi ces corpuscules ressemblaient aux autres, puisqu'ils

étaient d'un rouge vif; quelle était la cause de cette couleur? Enfin, cette altération, par cela même qu'elle était fort rare, ne méritait-elle pas d'être décrite avec un soin particulier?

Tout ce qu'on peut soupçonner au milieu de tant d'incertitudes, c'est que cette altération avait quelque analogie avec celle dont nous nous occupons. C'était peut-être le premier degré de l'organisation du sang combiné avec le tissu du cerveau, le passage de l'état de ramollissement à celui d'induration rouge. Mais on ne peut se permettre à cet égard que des conjectures bien vagues; et il faut en venir à répéter jusqu'à satiété que les observations incomplètes sont inutiles ou nuisibles, et qu'il vaudrait mieux pour la science qu'elles n'existassent pas. On perd ordinairement son temps quand on s'en occupe, et l'on s'expose à des reproches quand on n'en parle pas.

Je n'ai pas besoin de vous dire que les douleurs abdominales et les vomissemens étaient dus à la violente inflammation des intestins.

N° 25.

Fièvre, céphalalgie, agitation, délire, strabisme, somnolence, dilatation de la pupille, roideur du cou, renversement de la tête. — *Méningite de la base, ramollissement des parties centrales du cerveau, induration rouge dans les circonvolutions, etc.* (*Revue médicale*, janvier, 1824; mémoire du docteur Martinet, obs. 1re, p. 57.)

Boulard J., âgé de dix-neuf ans. Douleur dans l'hy-

pochondre droit, dévoiement, toux, *céphalalgie*; quatre jours après, disparition de ces symptômes, excepté de la céphalalgie. Pendant les onze jours suivans, fièvre quotidienne, avec exacerbation de la céphalalgie, qui persiste pendant l'apyrexie. A l'Hôtel-Dieu on donne l'ipécacua : nhavomissemens bilieux, diminution de la céphalalgie, accès de fièvre ordinaire. Supprimé le lendemain, il reparaît le surlendemain, pour cesser les jours suivans. Du dix-neuvième au vingt-troisième jour, céphalalgie, tendance au sommeil, *agitation*, *délire*. Pendant la nuit, lenteur morale assez prononcée. Le vingt-quatrième jour, fonctions intellectuelles inactives, réponses presque nulles, lors même que les yeux sont ouverts. Le vingt-cinquième, *strabisme double*, yeux couverts de mucosités, intelligence obtuse, *tête portée en arrière*. Le vingt-sixième, *pupilles peu sensibles à la lumière, la droite un peu plus dilatée que la gauche; strabisme en dedans de l'œil droit, tête renversée en arrière*. Le vingt-huitième, *pupilles plus dilatées*, mais également; *roideur du corps*, *réponses lentes*, mais justes. Le vingt-neuvième, cessation de strabisme, diminution de l'assoupissement, *sensibilité générale moins émoussée*. Le trentième jour, mort.

Ouverture du cadavre. A la surface des circonvolutions, en haut et en arrière, rougeur avec plaques diffuses, espèce d'ecchymose de la pie-mère, injection des portions qui pénètrent dans les anfractuosités, arachnoïde mince et transparente. A la surface interne des hémisphères, entre l'arachnoïde et la pie-mère,

petites granulations nombreuses simulant, au premier aspect, les corps de Pacchioni, mais en différant par le siége. Opacité, épaississement de l'arachnoïde de la base du cerveau, infiltration dans les aréoles de la pie-mère, d'une sérosité gélatineuse; dans les ventricules latéraux, *trois cuillerées d'une sérosité rougeâtre*, transparente, et sans flocons.

Corps calleux ramolli, de consistance de fromage mou; *voûte à trois piliers*, réduite à un état de bouillie diffluente; ramollissement *étendu à près de deux pouces dans la partie de l'hémisphère droit, qui, se continuant avec le corps calleux, forme la voûte du ventricule droit.* Dans tous ces points, substance cérébrale blanche, sans la moindre trace d'injection vasculaire, ni la plus petite apparence de pus. *Couches optiques et corps striés sains.*

Vers le lobe antérieur de l'hémisphère droit, à huit ou dix lignes de profondeur dans les circonvolutions, substance cérébrale *endurcie* dans un point, du volume d'une noisette, résistant sensiblement au bistouri, *rouge dans son interieur*, intéressant les deux substances, la grise et la blanche.

Abdomen. Membrane muqueuse de l'estomac offrant quelques plaques noirâtres avec vergetures marbrées, de peu d'étendue, et entrecoupées par des bandes blanches de deux lignes de largeur environ. Dans tous ces points, et vers le grand cul-de-sac, membrane muqueuse ramollie, et s'enlevant avec la plus grande facilité. Colon présentant également des plaques rouges.

§. I. M. Martinet « laisse à d'autres le soin de décider si ce point d'endurcissement rougeâtre des circonvolutions était une inflammation guérie. » Il serait difficile, en effet, d'après ce cas seul, de rien affirmer sur la cause de cette altération; elle a dû précéder la maladie qui a causé la mort, et l'observation ne contient aucun renseignement qui puisse mettre sur la voie : elle ressemble, il est vrai, à celles que nous venons d'examiner. Les *petites granulations nombreuses* trouvées entre l'arachnoïde et la pie-mère, sur la face interne des hémisphères, semblent annoncer une ancienne méningite, qui pourrait bien avoir coïncidé avec le développement de l'induration rouge; comme dans la dernière maladie, le ramollissement des parties centrales du cerveau était accompagné d'inflammation de l'arachnoïde : mais ces conjectures sont trop incertaines pour mériter trop long-temps notre attention.

Il ne me resterait rien à ajouter sur cette observation, si je n'étais obligé d'examiner les réflexions de M. Martinet au sujet du ramollissement du corps calleux. Il s'étonne « qu'on n'ait observé pendant la vie aucune lésion de l'appareil locomoteur des membres qui pût faire soupçonner une pareille désorganisation, » et il en tire une grande objection contre la description que j'ai donnée des symptômes de *ramollissement*. Pour moi, si quelque chose a droit de me surprendre, c'est l'étonnement de M. Martinet : il n'a donc pas lu les observations 18, 19, 20, 21 et 22 de

la lettre deuxième, sans quoi il aurait vu que toutes sont semblables à la sienne ; que dans toutes j'ai eu soin de faire remarquer l'absence complète de la paralysie. Il aurait remarqué qu'avant de la rapporter, j'ai eu soin de dire qu'en cela elles différaient *essentiellement* des précédentes, qu'elles avaient toutes un air de famille, etc., page 179. C'est pour cela que je les ai réunies en un groupe à part, que j'en ai fait abstraction dans la discussion des symptômes, pour leur consacrer un paragraphe particulier (§. XXIV, page 278). Si M. Martinet avait pris la peine de le lire, il aurait vu que, loin d'être surpris de cette prétendue anomalie, je croyais pouvoir l'expliquer très-facilement par la disposition anatomique des parties affectées. Enfin, dans l'analyse de chacune de ces observations, dans toutes les réflexions ultérieures qui s'y rattachent, je me suis efforcé de faire ressortir l'analogie que toutes ont présentée avec l'hydrocéphale aiguë ; et l'observation de M. Martinet vient confirmer tout ce que j'ai dit à cet égard. Son malade, en effet, a éprouvé les symptômes les plus frappans de l'hydrocéphale : *strabisme*, *dilatation des pupilles*, *peu sensibles à l'action de la lumière*, *réponses lentes*, *disposition au sommeil*, *sensibilité émoussée*, etc.

Si vous relisez les cinq observations que je viens de vous citer, vous y remarquerez exactement les mêmes symptômes, la même marche ; à cela près que la maladie de Boulard paraît avoir commencé par une gastro-entérite, si l'on en juge par les symptômes du début,

et par les altérations pathologiques trouvées après la mort ; et, chose remarquable, M. Martinet lui-même attribue le strabisme au ramollissement des parties centrales du cerveau. En quoi donc le fait en question diffère-t-il de ceux que j'ai rapportés? En quoi peut-il détruire les conséquences que j'en ai tirées?

« L'hémisphère droit, dit M Martinet, était *profondément* altéré, et les membres du côté gauche n'ont offert aucun phénomène particulier. » Il est certain que l'objection accompagnée de cette épithète vigoureuse doit entraîner la conviction des lecteurs paresseux ou inattentifs; mais relisez la description de ce ramollissement, et vous verrez qu'il s'étendait « à près de deux pouces dans la partie de l'hémisphère droit, *qui, se continuant avec le corps calleux, forme la voûte du ventricule droit*; » c'est-à-dire, en d'autres termes, que le ramollissement s'étendait *à la portion du corps calleux qui forme la voûte du ventricule*. Or, vous savez comme ces parties sont recouvertes par le cerveau, et profondément situées. M. Martinet a donc pu dire, sans faire violence à la vérité, que l'hémisphère droit était *profondément* altéré. Mais ce qui tend encore à prouver que l'altération ne s'étendait pas au-delà de la voûte du ventricule droit, c'est que la couche des nerfs optiques et les corps striés sous-jacens étaient sains. D'ailleurs, l'altération étant plus prononcée sur la ligne médiane, il est probable qu'elle ne s'est étendue sur les côtés que dans les derniers temps de la maladie.

Cette observation est donc conforme à celles que j'ai

rapportées dans la deuxième lettre, et, depuis sa publication, j'en ai rencontré un très-grand nombre d'analogues qui me prouvent de plus en plus que je ne me suis pas trompé dans l'explication que j'ai donnée de l'absence de la paralysie dans les cas de ramollissement de la partie centrale du cerveau. Je dirai plus, aujourd'hui qu'on s'occupe avec tant d'ardeur de la question si grave, si obscure, et si souvent débattue, de la *localisation* des différentes fonctions du cerveau, il n'est aucune de ses parties dont la maladie soit accompagnée de phénomènes aussi constans que le corps calleux, la voûte à trois piliers et le septum lucidum.

---

§. I. Je vous ai rapporté *toutes* les observations d'induration rouge que je connaissais, sans me permettre le moindre changement ou retranchement relatif à la maladie du cerveau. Aucune ne m'appartient, et même il en est à peine deux qui aient été recueillies par le même auteur. Je n'ai fait que les rapprocher d'après leurs affinités, en commençant par les plus détaillées et les plus claires, pour procéder de l'évident au pro-

bable, du probable au douteux. Il ne peut donc y avoir, de la part de ces auteurs ni de la mienne, aucune idée préconçue, aucun système arrêté d'avance; et si le résumé de ces matériaux nous conduit à quelques résultats, ils ne seront que l'expression abrégée des faits connus jusqu'à présent sur ce sujet.

§. II. Avant de procéder à cette récapitulation, je dois vous faire observer que les faits les plus récens sont toujours ceux que nous avons invoqués les premiers, comme les plus complets, les plus précis, les plus concluans. Ceux qui datent de plus de dix ans, présentent déjà des lacunes, des obscurités, qui ont besoin d'être remplies, commentées, à l'aide des premiers. Quant aux observations qui nous ont été laissées par Plater, Rhodius, Borsieri, Fantoni, etc., rédigées probablement de mémoire, elles ne consistent plus qu'en quelques phrases obscures, d'un laconisme vague; elles manquent de renseignemens sur les circonstances les plus importantes; en sorte qu'après les avoir comparées à toutes celles qui leur ressemblent, elles ne laissent encore dans l'esprit que de l'incertitude, et ne conduisent qu'à des conjectures. En un mot, ces histoires écrites en style lapidaire sont aux descriptions d'aujourd'hui ce qu'une épitaphe est à une bonne notice biographique.

Certes, je suis loin de vouloir diminuer le mérite de ceux qui, les premiers, ont osé braver les préjugés pour interroger les dépouilles des morts : c'était déjà beaucoup que de pressentir assez fortement l'impor-

tance de ce nouveau genre d'études, pour en surmonter les dégoûts; il faut du génie pour ouvrir une nouvelle voie dans quelque genre que ce soit. Les premiers pas sont toujours incertains, et retardés par des obstacles multipliés; tandis que, quand la route est frayée, il suffit de marcher devant soi pour faire beaucoup de chemin. Mais les faits, les opinions, ne doivent être comptés que pour leur valeur intrinsèque. Quand il s'agit de les apprécier, il faut faire abstraction des difficultés de l'époque, du mérite de l'auteur. Qu'il nous soit donc permis, tout en rendant justice à ceux qui ont, pour ainsi dire, créé l'anatomie pathologique, d'apprécier à leur juste valeur les premiers et imparfaits essais qu'ils nous ont laissés, et de rappeler à ceux qui les invoquent sans critique, toutes les fois qu'il s'agit de combattre quelque idée nouvelle, ce qu'Horace disait à ses concitoyens, en parlant de Nevius : « Ses louanges sont dans toutes les bouches, et ses ouvrages dans les mains de personne : tout vieux poète est révéré, non parce qu'il est bon, mais parce qu'il est vieux. »

§. III. *Age.* Sur vingt-trois malades, dont l'âge est indiqué, il y en avait,

Avant dix ans..........	1	De quarante à cinquante.	4
De dix à vingt.........	4	De cinquante à soixante.	3
De vingt à trente......	3	De soixante à soixante-dix.	3
De trente à quarante....	1	Au-dessus de soixante-dix.	4
Avant quarante ans..	9	Après quarante ans..	14

Ainsi, sur 23 malades, près des deux tiers avaient plus de quarante ans, c'est-à-dire étaient arrivés à l'époque de la vie où les hémorrhagies cérébrales sont plus communes.

Les observations de la lettre première donnent un rapport encore plus remarquable. Sur 21 malades, 17 avaient plus de quarante ans, ce qui fait un peu plus des quatre cinquièmes; et même, sur ces 17 malades, 11 avaient passé la soixantaine.

Cette prédominance plus grande des années, dans les cas de ramollissement avec injection sanguine, est-elle purement fortuite? Je ne le pense pas : le rapprochement porte sur un trop grand nombre de malades, pour qu'une si grande différence soit due au hasard. Cependant si, comme tout le prouve, les indurations rouges ont été d'abord des ramollissemens avec infiltration sanguine, ces deux altérations ne different que par leur ancienneté. Mais l'âge des malades ne doit-il pas avoir une grande influence sur l'époque de la maladie à laquelle arrive la mort? Les plus vieux ne sont-ils pas précisément ceux qui doivent lutter avec moins de succès contre toute cause de destruction, ceux qui doivent résister moins long-temps? Est-il surprenant qu'ils succombent le plus souvent dès le début de l'inflammation, c'est-à-dire pendant la période de ramollissement?

§. IV. *Sexe.* Sur vingt-cinq malades, cinq seulement étaient du sexe féminin. En général, toutes les affections cérébrales sont plus rares chez les femmes,

moins exposées aux lésions traumatiques, moins fatiguées par l'étude ou le tracas des affaires.

§. V. *Causes*. Chez trois malades, on peut supposer que l'altération a été causée par des coups reçus à la tête (n°s 2, 7 et 14). Chez un autre, des pointes saillantes à l'intérieur du crâne paraissent avoir provoqué l'inflammation du cerveau (n° 12); mais chez les autres il serait difficile d'assigner une cause à la maladie. Un seul avait une hypersarcose du cœur, mais celui-là avait eu une hémorrhagie cérébrale; et je ne vous ai rapporté cette observation que pour vous donner une idée de l'épaisseur que peuvent acquérir les indurations qui se développent autour des kystes hémorrhagiques. Dans aucun cas, il n'est question d'ossification des artères. Cependant ces deux lésions des organes circulatoires influent très puissamment sur la production des hémorrhagies cérébrales et des encéphalites. Mais, pour qu'une *induration rouge* puisse se former, il faut que le sang s'infiltre, et non qu'il s'épanche; il faut que le malade résiste à l'inflammation. Or, l'ossification des artères favorise plutôt les épanchemens considérables que de simples ecchymoses; et les maladies provoquées par l'hypersarcose du cœur sont presque toujours trop graves pour ne pas causer promptement la mort.

§. VI. *Siége*. Sur vingt-cinq tumeurs, dont le siége a été suffisamment indiqué, il y en avait quinze à la surface du cerveau, en totalité ou en grande partie dans la substance grise des circonvolutions; six se trou-

vaient à gauche (nos 1, 3, 4, 5, 7, 16); quatre à droite (nos 2, 8, 24, 25), une à la surface plane des deux hémisphères (n° 6); trois reposaient sur le corps calleux, sans indication d'un côté plutôt que de l'autre (nos 13, 14 et 15); enfin, une occupait à la fois la face inférieure des deux hémisphères, et la partie supérieure du cervelet (n° 21). La couche des nerfs optiques a été affectée chez deux malades, une fois à droite (n° 10), une fois des deux côtés (n° 12). Chez un autre (n° 9), c'était le corps strié gauche. Le cervelet l'a été chez cinq, une fois à sa surface (n° 21, §. II); une fois dans la plus grande partie de son étendue, après avoir commencé par la surface inférieure du lobe gauche (n° 17); trois fois dans le corps rhomboïde ou festonné (n° 19, 20, 23). Dans un cas, l'altération naissait du pont de varole (n° 22); dans un autre, de la moelle allongée (n° 23).

Ainsi, toutes ces indurations rouges avaient leur siége dans des organes composés *en totalité* ou *en partie* de substance grise. Je vous ai fait remarquer le même résultat par rapport aux ramollissemens avec infiltration sanguine, etc. (Voyez Lettre première, p. 75). Sur dix-huit observations, dans lesquelles le siége de l'altération est suffisamment indiqué, une seule existait dans la substance blanche. Ce rapprochement confirme bien ce que je vous ai dit alors de l'organisation éminemment vasculaire de la substance grise, de son influence sur la disposition qu'a ce tissu aux congestions hémorrhagiques et inflammatoires (page 76), de

la modification que sa couleur grise apporte dans l'aspect du sang infiltré (page 78).

Je viens de dire que les organes dans lesquels on avait trouvé des *indurations rouges* étaient composés, *en totalité* ou *en partie*, de substance grise ; je dois maintenant vous faire remarquer que ces indurations n'étaient pas toutes d'une couleur homogène. Quelques-unes étaient comme bariolées de *rouge* et de jaune (n° 1), de *rouge-brun* sur un fond *jaunâtre* (n° 3), de *rouge* et de *blanc* diversement entremêlés (n° 2) ; une autre était d'une couleur *grisâtre* mêlée d'une teinte *violette* (n° 6). Or, ces tumeurs envahissaient à la fois la substance grise des circonvolutions les plus profondes, et la substance blanche qui s'introduit entre elles. Dans l'observation n° 1, la substance cérébrale qui environnait la tumeur était ramollie, et offrait exactement le même mélange de couleurs. Dans l'observation n° 3, c'était une partie assez éloignée de la tumeur qui était ramollie ; mais la disposition des circonvolutions qui forment la *scissure de Sylvius* explique assez le mélange des deux couleurs. Dans celle d'Abercrombie, n° 4, l'induration était superficielle ; elle occupait le bord supérieur du cerveau, de manière à s'étendre en partie sur la face convexe et en partie sur la face plane, formant ainsi deux plans réunis presque à angle droit. Ces deux surfaces endurcies étaient d'un rouge foncé ; au-dessous, la substance cérébrale, comprise entre ces deux plans, était *molle*, *dans un état voisin de la suppuration*, de couleur *cendrée*, avec des portions interposées d'un

brun-rougeâtre foncé. Or, cette portion ramollie qu'Abercrombie appelle *centrale*, était évidemment composée de substance blanche et des portions les plus profondes des circonvolutions.

Dans l'observation du Dr Hunter (no 11), la tumeur rouge était recouverte par un tissu ressemblant aux bandes fibreuses du carcinome, et la description de cette tumeur prouve qu'elle occupait la substance grise du fond des circonvolutions auxquelles sont dues les inégalités qu'on remarque vers la *corne postérieure et inférieure* des ventricules latéraux, et qu'on a appelées pied d'hippocampe, etc. Les *bandes fibreuses* n'étaient autre chose que la substance blanche qui tapisse le ventricule, également endurcie. Dans un autre cas (no 19), le corps rhomboïde ou festonné du cervelet était *brunâtre*, *avec induration notable et* incolore *de la substance blanche environnante.* Dans le cas suivant (no 20), c'était une tumeur *rougeâtre*, d'apparence *charnue*, au milieu de la substance *médullaire* du lobe droit du cervelet. Cette dernière formait autour de la tumeur une enveloppe *lamineuse dure*, qu'on eût prise pour *un kyste*, si elle ne s'était pas confondue avec les parties saines.

Vous voyez que, partout où les tumeurs ont présenté deux couleurs, soit à l'intérieur, soit à la surface, les substances grise et blanche étaient affectées en même temps : il en était de même des ramollissemens bicolores qui existaient simultanément.

Je vous ai déjà fait remarquer souvent, dans la pre-

mière lettre, que, sur le même sujet, la substance grise ramollie pouvait être rouge, brune, violacée, de couleur lie de vin, etc.; tandis que la substance blanche également diffluente, était jaune, verdâtre, blanchâtre, etc... (V. dans cette lettre première les obs. n°s 6, 7, 11, 12, 14, 15 et 17). Je vous ai dit alors que cette couleur, plus ou moins foncée, tenait à la présence du sang dans la substance grise; que l'autre était due à la présence du pus. J'en dois dire autant par rapport aux tumeurs : dans les premières observations, où l'altération est décrite avec un grand soin, la chose est évidente; elle est même énoncée explicitement dans la description de la tumeur.

La ressemblance remarquable de toutes ces nuances de ramollissemens et d'indurations, sous le rapport du siége et des différentes colorations, suffirait presque seule pour prouver qu'ils sont dus à la même cause.

Je viens de vous montrer l'influence qu'avait la texture vasculaire de la substance grise sur la prédisposition aux tumeurs rouges, etc.; mais je suis loin de prétendre que d'autres indurations ne puissent s'y développer. Nous avons déjà vu des ramollissemens de la substance grise avec couleur *jaune*, *verte*, *etc.* Cela suffirait pour nous faire présumer que nous y trouverons des indurations de même couleur produites par la même cause : c'est en effet ce qui a lieu.

Vous m'auriez également mal compris, si vous pensiez que je regarde la substance blanche comme incapable de se prêter au développement des *indurations rouges.*

L'observation de Morgagni (n° 17) serait une preuve du contraire, puisque la maladie, après avoir commencé par la face inférieure du cervelet, s'est étendue à tout le lobe gauche et à une partie du droit. Dans l'observation du docteur Martinet (n° 25), la tumeur *rouge intéressait* aussi *les substances grise et blanche.*

J'ai seulement voulu vous faire remarquer que ces *indurations rouges* étaient beaucoup plus fréquentes dans la substance grise; et, comme elle contient un bien plus grand nombre de vaisseaux, j'ai cru qu'il fallait attribuer cette fréquence à sa texture plus vasculaire.

Je dois à cette occasion vous rappeler que, sur vingt-cinq tumeurs, quinze avaient leur siége à la surface du cerveau. Cela tient-il à la quantité de substance grise, beaucoup plus grande dans les circonvolutions du cerveau que dans tous les ganglions réunis? Je ne le crois pas, car les hémorrhagies cérébrales ont beaucoup plus souvent lieu dans les corps striés et les couches des nerfs optiques, qu'à la surface du cerveau. Cependant les caillots hémorrhagiques ne diffèrent des globules infiltrés dans le tissu du cerveau que par le volume; c'est toujours du sang *extravasé*, sorti des vaisseaux. D'où vient donc que les épanchemens ont lieu plus fréquemment dans une partie, et les infiltrations dans l'autre?

Remarquez qu'aucune portion du cerveau ne reçoit d'aussi grosses artères que les ganglions striés et opti-

qués ; nulle part elles ne se prolongent aussi loin sans diminuer de calibre. Elles sont aussi nombreuses dans la substance grise des circonvolutions, mais beaucoup moins volumineuses ; elles se ramifient bientôt, et l'on ne peut les suivre au-delà de quelques lignes. Supposez maintenant qu'il s'opère vers ces parties une congestion également intense, et que le sang sorte de ses artères ; n'est-il pas tout simple que les phénomènes hémorrhagiques soient proportionnés au calibre des vaisseaux. Il sortira donc d'un côté beaucoup de sang qui s'agglomérera en caillot, et de l'autre, une multitude de petits globules, qui resteront séparés par du tissu cérébral.

Vous n'attacherez peut-être pas grande importance à ces explications : cependant je crois qu'on ne peut pas faire trop d'efforts pour rapprocher, autant que possible, les phénomènes pathologiques de la texture des organes, et je m'en occuperai chaque fois que l'occasion s'en présentera.

§. VII. *Etat des méninges.* Toutes les indurations de la surface du cerveau ou du cervelet adhéraient aux méninges. Dans la première observation, une lame *cellulo - cartilagineuse* tapissait les circonvolutions ramollies ; elle était *entièrement confondue* avec l'arachnoïde. Dans toutes les autres, il est dit que la tumeur adhérait à la duré - mère (n°s 2, 4, 5, 6, 7, 16, 17 et 21) ; c'est-à-dire, que la pie-mère et l'arachnoïde étaient tellement confondues avec la tumeur et avec la dure-mère, que ces dernières sem-

blaient unies sans intermédiaire. Dans un cas où la tumeur occupait le bord supérieur du cerveau, elle adhérait à la dure-mère qui tapisse la voûte du crâne, et à son repli qui forme la faux (n° 4). Dans un autre, elle adhérait aux deux côtés de la faux (n° 6). Enfin, dans un troisième, la tumeur était unie à la fois aux deux surfaces de la faux et à celles de la tente du cervelet (n° 21).

L'adhérence constante et intime de toutes ces tumeurs aux méninges, avec lesquelles elles étaient en contact, est encore une preuve à ajouter à tant d'autres, que ces tumeurs étaient le produit d'une inflammation. Elle s'est terminée, d'une part, par l'induration, et de l'autre par adhérence ; c'est-à-dire, dans l'un et l'autre cas, par l'épaississement et l'organisation des matériaux infiltrés ou épanchés.

L'influence du voisinage de ces tumeurs sur les méninges ne se borne pas au moment de leur formation; souvent elle provoque des inflammations chroniques de l'arachnoïde, qui commencent ordinairement par les parties voisines, puis s'étend dans tous les sens (nos 2 et 19); elle reste rarement bornée à un seul côté (n° 6), passe quelquefois à l'état aigu (n° 25), pénètre jusqu'aux ventricules (nos 16, 17 et 23). De là des symptômes nouveaux, souvent très-graves, qui masquent l'affection cérébrale, ou en changent tout-à-fait l'aspect. (Voyez nos 2 et 19).

Les tumeurs qui avoisinent les ventricules ont une influence encore plus grande sur l'arachnoïde qui les

tapisse, et des résultats encore plus fâcheux. Quelquefois l'inflammation est portée au point de se terminer par suppuration. C'est ce qui est arrivé dans l'observation treizième, où la tumeur reposait sur le corps calleux. Mais ce mode de terminaison est le plus rare. Dans un cas semblable de Félix Plater (nº 14), les ventricules étaient distendus par une grande quantité de sérosité; il en était probablement de même dans l'observation de Fantoni, nº 15, qui ne diffère des deux précédentes qu'en ce qu'elle est encore plus laconique. Dans celle de J. Hunter (nº 12), où les deux ganglions optiques étaient malades, l'épanchement était énorme. Dans celle de M. Raikem (nº 10), il n'était guère moins considérable, quoiqu'un seul corps optique fût malade. C'est encore l'affection du corps strié qui a produit la méningite chronique chez le malade de Morgagni (nº 9): les ventricules contenaient de l'eau épaisse, comme celle dans laquelle on a récemment lavé des chairs; leur surface était *moins lisse* que de coutume. Dans le cas où la tumeur occupait le pied d'hippocampe droit (nº 11), l'arachnoïde, qui tapissait cette partie du ventricule, était injectée, et de la sérosité s'était épanchée dans tous les deux. Dans celui où la tumeur était placée, entre le cervelet et les deux hémisphères du cerveau (nº 21), *il y avait quatre onces de fluide dans les ventricules*. Les altérations qui ont leur siége dans le cervelet ont aussi une grande influence sur les ventricules, comme nous le verrons par la suite. Dans le cas de Morgagni (nº 17), l'inflammation ne

s'était pas bornée à l'arachnoïde, puisque, indépendamment de l'épanchement ventriculaire, il existait un ramollissement du corps calleux, etc. L'hydrocéphale aiguë, qui a terminé brusquement les jours de l'enfant qui fait le sujet de l'observation n° 23, a sans doute aussi été provoquée par la présence des tumeurs développées dans le cervelet, et derrière la moelle. Des tumeurs encore plus éloignées des ventricules peuvent même finir par avoir sur eux la même influence (n°s 16 et 25). Nous en verrons plus tard de nombreux exemples.

En résumé, dans les neuf cas où l'induration occupait la surface du cerveau, nous l'avons trouvée intimement unie aux méninges. Dans huit, la pie-mère et les deux surfaces de l'arachnoïde étaient même tellement confondues avec la tumeur, que cette dernière semblait adhérer immédiatement à la dure-mère. Dans deux, il existait une méningite chronique de la surface des deux hémisphères ; dans un, elle paraissait bornée à un seul côté ; dans un autre, elle a passé à l'état aigu ; dans trois, elle s'est étendue aux ventricules. Dans neuf cas, où l'altération avait son siége au voisinage des ventricules, il existait des traces non équivoques d'inflammation aiguë ou chronique de l'arachnoïde, qui les tapisse, ordinairement plus prononcées du côté de la tumeur; on a trouvé des épanchemens plus ou moins considérables, etc.

Ce résultat se conçoit facilement, pour peu qu'on réfléchisse à la cause qui produit les tumeurs, et

à l'influence que celles-ci doivent exercer sur les parties voisines, par la répétition des inflammations ou des congestions dont elles provoquent le retour. Il importe surtout d'en tenir compte sous le rapport du diagnostic.

Dans les lettres précédentes vous avez vu aussi les diverses altérations qui avaient leur siége à la surface des circonvolutions ou près des ventricules, très-souvent accompagnées de traces non équivoques d'inflammation aiguë ou chronique des méninges voisines, comme injection vasculaire, épaississement, opacité, granulation, infiltration dans les mailles de la pie-mère, épanchement dans les ventricules, etc.; mais vous remarquerez que dans les deux premières lettres, consacrées aux ramollissemens, la méningite a souvent été primitive, tandis que dans la quatrième elle a presque toujours été consécutive; et c'est tout simple, les abcès enkystés, une fois formés, ne peuvent plus être influencés par les maladies des méninges, tandis que leur long séjour dans le voisinage de ces membranes doit finir par leur être nuisible.

Remarquez aussi que dans la première lettre on ne trouve aucun exemple d'adhérence entre les surfaces de l'arachnoïde, vis-à-vis des ramollissemens, avec injection sanguine, etc., tandis que la seconde en contient déjà trois; enfin, nous voyons dans la quatrième presque tous les abcès enkystés, voisins des méninges, unis à ces membranes, et celles-ci adhérentes entre elles. C'est encore une chose très-facile à conce-

voir, d'après l'ordre dans lequel nous avons examiné les altérations du cerveau : nous avons toujours procédé des plus récentes aux plus anciennes; il est donc évident que les premières n'ont pu être observées que quand la mort a été prompte, et alors on n'a pu trouver entre les surfaces séreuses qu'un épanchement albumineux, trop récent pour avoir eu le temps de prendre de la consistance. Au contraire, les abcès enkystés étant nécessairement, comme les tumeurs, toujours d'une date plus ou moins ancienne, rien n'empêche que la lymphe coagulable ait le temps de s'organiser.

§. VIII. *Symptômes*. Les phénomènes morbides décrits dans les faits que je vous ai rapportés, sont si nombreux, si variés, et quelquefois même si disparates, qu'il serait impossible d'en faire un résumé satisfaisant, si l'on voulait considérer chaque observation en masse comme l'histoire d'une *seule et même maladie*. Nous commencerons donc par faire abstraction pour un moment des différentes complications; ensuite nous distinguerons les symptômes qui ont accompagné la formation de la tumeur, de ceux qui ont pu survenir pendant son accroissement, ou pendant la production de quelque autre altération, de ceux enfin qui ont accompagné les derniers momens du malade.

La paralysie est le symptôme le plus constant que nous ayons à examiner; mais elle n'a pas toujours suivi la même marche, ni présenté les mêmes caractères. Malheureusement beaucoup d'observations manquent à

cet égard de détails importans. Borsieri, par exemple (nº 8), se borne à indiquer *la paralysie du côté opposé à la lésion*. Morgagni (nº 9) parle seulement d'une *paralysie incomplète de la langue et des membres du côté droit*. M. Raikem (nº 10) signale aussi *une paralysie incomplete du côté gauche, avec roideur*. Mais aucun d'eux ne dit si elle est survenue tout à coup, ou si elle s'est développée lentement, etc., etc. Dans la plupart des autres cas, la paralysie est survenue tout à coup, sans symptômes précurseurs, comme dans l'hémorrhagie cérébrale; elle est même caractérisée par le mot d'*attaque* (nºs 1, 2, 3, 5, 6 et 9); quelquefois elle a été précédée des symptômes généraux d'une inflammation de poitrine (nº 9), ou du bas-ventre (nº 24), etc. Après cette invasion brusque, inopinée, le rétablissement a été en général assez prompt et assez complet pour que le malade, après une courte convalescence, ait pu être regardé comme guéri. Un seul a conservé, après la première attaque, une *hémiplégie imparfaite*, qui ne l'empêchait pas de se promener.

Ainsi, dans tous ces cas, la première période a présenté tous les caractères d'une maladie essentiellement aiguë, terminée par un rétablissement apparent plus ou moins prompt, plus ou moins complet. Ce retour des fonctions, malgré la présence d'une altération, ne doit pas vous surprendre. Vous avez vu que dans presque tous les cas de suppuration du cerveau, les malades avaient éprouvé une amélioration notable à l'épo-

que où la turgescence diminuait en même temps que le pus se réunissait en foyer. Plusieurs même ont joui pendant des années de l'usage de leurs membres, quoiqu'ils portassent dans l'un des hémisphères cérébraux un vaste abcès enkysté.

Plus tard, nouvelles rechutes semblables à la première *attaque*, plus ou moins violentes, plus ou moins rapprochées, en nombre variable, mais toutes bien distinctes les unes des autres, présentant toutes le caractère aigu, constituant chacune séparément une maladie complète. Ici, chaque scène inflammatoire étant bien prononcée, bien isolée, il est facile de concevoir son influence sur l'accroissement de la tumeur, surtout qnand on retrouve des traces de chacune d'elles dans des couches concentriques distinctes, de densité décroissante du centre à la circonférence (n° 1). Mais toutes les nouvelles inflammations ne se développent pas toujours autour de la première altération, et alors il est plus facile encore d'en constater les effets (n°s 3, 5 et 6).

Vous aurez peut-être remarqué, en lisant les observations que je viens de vous citer, qu'il n'est presque pas question de roideur des membres paralysés, de contractions spasmodiques. La raison en est toute simple : le dernier praticien qui soigne le malade est celui qui recueille l'observation; mais il est rare que ce soit lui qui l'ait traité antérieurement; et, quand ce serait le même, comment conserverait-il le souvenir de détails auxquels il n'attache pas d'importance?

C'est donc à la difficulté de recueillir des renseignemens exacts qu'il faut attribuer l'absence des caractères distinctifs de l'encéphalite dans la plupart de ces attaques, et, ce qui le prouve, c'est qu'elles ne sont jamais décrites : ce commémoratif se trouve ordinairement renfermé dans quelques mots. Remarquez aussi que, quand Aubert (nº 1) éprouva ses dernières attaques à l'Hôtel-Dieu, on observa dans les membres paralysés une roideur qui diminua le lendemain, et disparut bientôt après. Il est probable qu'en toute autre circonstance, on n'eût pas tenu compte d'un phénomène si peu remarquable.

Une autre cause s'oppose souvent à l'appréciation exacte des symptômes produits par une rechute, c'est la paralysie, ou du moins l'affaiblissement notable des organes sur lesquels devraient porter les nouveaux symptômes. Lorsqu'après une première, une seconde encéphalite, les fonctions sont complétement rétablies, rien ne s'oppose à ce qu'une nouvelle inflammation, développée dans le même hémisphère, soit autour de la tumeur, soit un peu plus loin, s'annonce d'une manière aussi tranchée que si les membres n'avaient jamais été paralysés. Mais, lorsqu'ils sont restés faibles, engourdis, etc., les nouveaux symptômes sont déjà moins apparens ; quand ils ont entièrement perdu le mouvement, une nouvelle inflammation du même hémisphère peut encore plus difficilement être appréciée. Cependant, si la sensibilité a été conservée, ou s'est rétablie, l'abolition de cette fonction peut encore faire

reconnaître une nouvelle attaque. Mais il arrive souvent qu'après la seconde ou la troisième rechute, le mouvement et la sensibilité se perdent entièrement, ou en grande partie. Alors, quels nouveaux symptômes peut-on observer de ce côté, si une nouvelle inflammation envahit encore le même hémisphère? Aucun évidemment. Toutefois, il est difficile, même dans ce cas, qu'il ne se manifeste aucun phénomène morbide. Si le malade avait conservé de l'intelligence, il la perd; il cesse tout à coup de reconnaître ses amis, de pouvoir avaler; il tombe dans un état comateux, perd toute sensibilité, tout mouvement, et ne tarde pas à succomber. (Voyez n°s 1, 3, 5 et 9).

Ceci n'est pas sans importance pour l'appréciation des altérations pathologiques, car on trouve alors autour de la tumeur (n°s 1 et 9), ou dans une autre partie du même hémisphere (n°s 3 et 5), un ramollissement plus ou moins considérable, qu'on ne pourrait expliquer qu'en le rattachant à une attaque d'une date plus ou moins ancienne.

Une méningite chronique consécutive peut aussi mettre obstacle au diagnostic, en produisant des symptômes généraux qui peuvent masquer les autres. Cependant, quand les premiers ne sont pas très-intenses, une encéphalite aiguë peut encore produire des effets très-apparens. C'est ainsi que, dans l'observation du docteur Ramon (n° 19), malgré l'aliénation mentale et l'affaiblissement général de tous les membres, il fut possible de constater *l'hémiplégie du côté gauche*, parce

que, jusqu'alors, la paralysie avait été incomplète. Mais il n'en fut pas de même chez son autre malade (n° 2), parce que la *paralysie générale* était plus avancée; il avait eu plusieurs attaques d'hémiplégie avant d'entrer à Charenton; pendant son séjour, il éprouva de fréquentes congestions cérébrales, à la suite desquelles la paralysie générale fit des progrès; il finit par succomber, après en avoir essuyé deux très-rapprochées. La faiblesse générale, due évidemment à la méningite chronique, était telle qu'il n'a pas été possible de distinguer quelle part le cerveau a pris à ces congestions: mais il est évident qu'elles ne s'opéraient pas seulement sur les méninges, puisque la substance cérébrale était *ramollie*, *diffluente* autour de la tumeur.

Si l'encéphalite n'a pas été remarquée, c'est que les fonctions étaient déjà presque entièrement anéanties dans les deux moitiés du corps.

Remarquez que, dans tous les cas que je viens de vous citer, les malades sont morts avec des symptômes d'affection cérébrale, et que chez tous on a trouvé un ramollissement plus ou moins considérable, soit autour de la tumeur (n°s 1, 2 et 6), soit dans quelques parties voisines (n°s 3, 5 et 19). Nous verrons qu'il n'en a pas été de même dans les cas où la mort a été due à une autre cause.

Enfin, chez tous les malades de cette première série, les symptômes du début, ceux de la fin, ceux qui se sont manifestés dans l'intervalle, appartiennent à autant d'encéphalites aiguës parfaitement distinctes, sé-

parées les unes des autres par un rétablissement plus ou moins complet.

Mais toutes les attaques ne présentèrent pas toujours le même caractère. Ainsi, la malade du docteur Abercrombie (n° 4), après quelques symptômes d'affection abdominale, éprouva une céphalalgie violente continue, etc., puis tout à coup un engourdissement du bras *droit* et de la joue, qui se dissipa le lendemain. Enfin, plus d'une année après, de nouveaux maux de tête, etc., furent suivis d'une paralysie du côté *droit*. La première inflammation a donc commencé d'une manière chronique et s'est exaspérée un moment. La seconde, après avoir débuté de même, a pris un caractère décidément aigu : aussi, cette fois la malade n'a pas tardé à succomber ; et l'on a trouvé un ramollissement au-dessous de l'induration.

Le malade qui fait le sujet de la vingt-deuxième observation, éprouva pendant cinq mois une douleur fixe vers l'occiput, des vertiges, un malaise ; puis tout à coup une hémiplégie du côté gauche, promptement guérie, etc. Ici, l'inflammation a conservé pendant cinq mois le caractère chronique ; elle s'est ensuite exaspérée tout à coup : la paralysie s'est dissipée à mesure que la turgescence, produite par cet état aigu, a été remplacée par le travail de l'induration.

Vous voyez que, dans tous les cas dont nous venons de nous occuper, la paralysie était moins due à la présence des tumeurs dans la substance cérébrale, qu'à l'inflammation à laquelle ces tumeurs devaient leur

origine et leur accroissement : car, tant qu'elles n'eurent pas acquis un volume énorme, les fonctions se rétablirent plus ou moins complétement après chaque scène inflammatoire.

Dans un cas, cependant, les phénomènes inflammatoires ont été si obscurs, les accès ont été si peu prononcés, qu'au premier coup d'œil la maladie semble avoir suivi un cours continu. On croirait que la tumeur a pris son accroissement par un acte semblable à celui de la nutrition, et que la paralysie n'a été due qu'à l'augmentation de son volume (n° 7); mais, en y regardant de près, on remarque, dans le cours de l'observation, des époques auxquelles les symptômes ont pris plus d'intensité. On trouve autour de la tumeur la substance cérébrale ramollie dans l'étendue de *quelques lignes*, en sorte qu'il est facile de se convaincre que l'altération s'est formée, s'est accrue de la même manière que dans les autres cas, sous l'influence d'une cause semblable, mais moins énergique. Il est facile, en un mot, de se convaincre qu'il a existé, non pas une inflammation chronique, qui aurait duré sans interruption depuis l'apparition des premiers symptômes jusqu'à la mort, mais une suite d'inflammations peu intenses qui n'ont produit que des symptômes peu marqués, et n'ont fait faire que peu de progrès à la tumeur.

Quelquefois les accès vont en croissant d'intensité d'une manière assez régulière, tout en restant bien distincts les uns des autres. Dans l'observation deuxième,

le malade éprouva d'abord des maux de tête, accompagnés *parfois d'attaques de vertige avec perte de mémoire*, de chutes, etc. Les attaques augmentèrent graduellement de fréquence et de violence. Démarche faible et saccadée. Après six mois, il en survint une plus violente, dont il ne se remit pas comme des autres. Incohérence dans les idées, etc. Dix jours plus tard, *céphalalgie violente*, paralysie partielle du bras et de la jambe gauche; ensuite, *convulsions générales*, suivies d'hémiplégie complète et de *coma*. Chaque attaque, comme vous voyez, a été plus intense que les précédentes. Mais ici, vous remarquerez que tous les symptômes ne doivent pas être rapportés à la tumeur; elle faisait en quelque sorte partie du ventricule droit, et avait produit une inflammation chronique de l'arachnoïde voisine bien caractérisée par l'injection et l'épanchement. C'est à cette complication qu'il faut attribuer la perte de la mémoire, la démarche faible et saccadée, l'incohérence des idées, les convulsions générales et le coma. Il est évident que les congestions qui s'opéraient sur la tumeur étaient partagées par l'arachnoïde ventriculaire, et donnaient lieu à une exhalation plus considérable de sérosité. Il est arrivé ici ce que je vous ai déjà fait remarquer dans les observations deuxième et dix-neuvième. Seulement, chez les malades de M. Ramon, l'encéphalite a présenté, dès le début, le caractère le plus aigu, et les tumeurs ont plus influé sur l'arachnoïde extérieure que sur celle des ventricules, parce qu'elles en étaient plus voisines.

Les symptômes ont été semblables dans le cas de John Hunter (n° 12); la marche a été la même; seulement les phénomènes ont été plus nombreux encore, plus variables, parce que les complications étaient plus multipliées; sans parler de l'affection du foie, à laquelle il faut rapporter les vomissemens bilieux opiniâtres, etc. Les deux ganglions optiques étaient altérés, ainsi que les parties voisines du cerveau et du cervelet : il y avait huit onces de liquide dans les ventricules; l'arachnoïde était d'une couleur jaune; des pointes osseuses étaient dirigées vers la surface du cerveau.

Ici, comment démêler les symptômes cérébraux de ceux qui étaient dus à l'affection consécutive des méninges? Ils étaient généraux : convulsions, cécité, surdité, paralysie, etc. L'épanchement ventriculaire était considérable; mais l'altération cérébrale existait des deux côtés au même degré. Il est probable que chaque congestion, éphémère ou durable, qui s'opérait sur les corps optiques, était partagée par l'arachnoïde qui les tapisse. Ici, je dois vous rappeler qu'il ne faut pas confondre les accès éphémères qui se reproduisaient presque tous les jours, sans aggraver sensiblement l'état de la malade, avec les attaques graves, prolongées, qui se sont manifestées à cinq ou six reprises, à la suite desquelles la paralysie fit des progrès notables. Les premiers n'étaient que des congestions passagères, qui se dissipaient sans laisser de traces; les secondes étaient des inflammations qui augmentaient chaque fois l'étendue des altérations; elles ressemblaient aux

attaques des observations précédentes; mais il ne pouvait y avoir hémiplégie, parce que, abstraction faite de l'épanchement ventriculaire, les deux côtés du cerveau étaient également affectés.

On a cru, dans plusieurs cas, que les membres inférieurs avaient été plus tôt et plus fortement affectés que les supérieurs; mais vous avez vu ce qu'il fallait penser des paraplégies produites par des lésions situées dans la cavité du crâne. Je ne reviendrai pas sur les développemens dans lesquels je suis entré à ce sujet: je n'aurais rien à ajouter à ce que j'en ai dit à l'occasion des observations dix-septième, dix-huitième et vingt-deuxième.

Dans les observations qui nous restent à examiner, les symptômes principaux n'appartiennent plus à l'encéphalite; et cela tient tantôt au défaut de renseignemens, tantôt à l'influence des complications, etc.

L'enfant qui fait le sujet de l'observation 16, mourut le onzième jour, après avoir éprouvé les symptômes de l'hydrocéphale aiguë; et l'on trouva les ventricules remplis d'eau, les plexus choroïdes durs, squirrheux, pleins d'hydatides. Il est clair que la très-petite tumeur qu'on trouva à la surface du cerveau, n'a pas eu la moindre influence sur la production des symptômes observés pendant les onze jours. Ils s'expliquent suffisamment par l'état des ventricules; une tumeur ne se forme pas en si peu de temps; et vous avez vu qu'après l'encéphalite la plus aiguë, les symptômes disparaissent très-souvent complétement, quoiqu'il reste une tumeur dans le cerveau.

Si donc rien, dans cette histoire tronquée, ne se rattache à la tumeur, il faut s'en prendre à Lieutaud, qui ne dit pas un mot du commémoratif. On peut faire le même reproche à M. Martinet, quoique son observation (n° 25) soit beaucoup plus complète sous les autres rapports. Son jeune malade a éprouvé des symptômes d'hydrocéphale aiguë, etc., et l'on a trouvé des traces non équivoques d'une inflammation des ventricules et de l'arachnoïde de la base du cerveau. Si rien, dans le cours de la maladie, n'a pu faire soupçonner la présence d'une tumeur, c'est qu'elle existait auparavant, et que nous ne savons rien de ce qui a précédé; c'est qu'elle n'a eu aucune influence sur les symptômes décrits; car vous remarquerez que, dans ce cas, comme dans le précédent, la tumeur n'avait que le volume d'une noisette, et qu'il n'est question, ni dans l'un ni dans l'autre, de ramollissement de la substance cérébrale environnante.

L'observation de Gall (n° 20), rédigée dans le seul but de montrer l'influence des organes génitaux sur le cervelet, est tronquée sous les autres rapports, et ne peut par conséquent nous servir.

Les observations 13, 14 et 15 ne consistent qu'en quelques mots, au milieu desquels il serait difficile de démêler les symptômes relatifs aux tumeurs, quand bien même d'autres causes ne s'y opposeraient pas. Ces tumeurs reposaient sur le corps calleux; il est probable qu'elles n'affectaient pas plus un hémisphère que l'autre. Elles ont déterminé des méningites con-

sécutives, aiguës ou chroniques des ventricules, des épanchemens de pus ou de sérosité. Aussi tous les symptômes indiqués dans ces trois observations se rapportent-ils à l'hydrocéphale aiguë ou chronique. En supposant ces descriptions plus complètes, elles n'auraient peut-être pas fourni plus de lumières sur l'origine et le développement de ces tumeurs, à cause de leur siége et des complications qu'elles n'ont pas tardé à déterminer, complications dont l'influence devait bientôt effacer celle de la tumeur.

Le malade qui fait le sujet de l'observation 21, éprouva des maux de tête, des vertiges, perdit la vue, la mémoire, tomba dans la stupeur, et mourut dans un état comateux. La tumeur adhérait à la dure-mère, à l'endroit de la jonction de la faux du cerveau avec la tente du cervelet. Ainsi, placée comme dans les cas précédens sur la ligne médiane, cette tumeur ne pouvait affecter un lobe du cervelet, ni un hémisphère du cerveau, plus que l'autre. Cela suffirait pour expliquer pourquoi les symptômes ont été généraux. Mais, en même temps, cette tumeur, par son voisinage des ventricules, avait amené, comme à l'ordinaire, une méningite chronique, suivie d'épanchement; en sorte qu'il est encore difficile ici d'apprécier l'influence de la maladie primitive et de la complication dans la production des symptômes.

Enfin, dans l'observation 23, après des douleurs de tête fortes et persistantes, il survint tout à coup des convulsions, suivies d'un état comateux, apoplectique, et d'une mort prompte. L'aplatissement des

circonvolutions, la distension des ventricules, etc., ne permettent pas de douter que cet enfant ait succombé à une hydrocéphale aiguë. Les tumeurs trouvées derrière la moelle et dans le cervelet, n'ont agi qu'en la provoquant, sans produire par elles-mêmes aucun symptôme particulier.

Remarquez que, dans aucun des cas que je viens de vous rappeler, où les malades ont succombé à une méningite aiguë ou chronique, sans présenter de symptômes d'encéphalite, il n'est question de ramollissement de la substance cérébrale, soit autour de la tumeur, soit ailleurs. (Voyez les observations n°s 13, 14, 15, 16, 21, 22, 23 et 25). Ajoutez à ces observations celle de M. Raikem (n° 10), dont le malade est mort de pneumonie; celle de Borsieri (n° 8), où il est question d'*ulcérations du poumon*, etc.

Dans tous les cas contraires, où les malades sont morts avec des symptômes de récrudescence d'une nouvelle encéphalite, on en a trouvé des traces (n°s 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 12 et 19); et ces ramollissemens avaient ordinairement le même aspect que les indurations.

Remarquez aussi que, dans tous les cas où il n'existait aucune complication de méningite, on n'a observé, à chaque période, que des symptômes apoplectiformes (n°s 1, 2, 3, 4, 5 et 7). Tandis que quand les malades ont éprouvé du délire (n° 17), une aliénation mentale (n°s 2, 14 et 19), des phénomènes spasmodiques généraux, des mouvemens

convulsifs, intermittens, des accès apoplectiformes (nos 8, 11 et 12), des symptômes généraux de compression, tels que paralysie générale incomplète de tous les membres, perte de la mémoire, de la vue, de l'ouïe, avec tendance au sommeil, paresse, lassitude générale, stupeur, coma (nos 2, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 19, 21 et 22), des symptômes d'hydrocéphale aiguë (nos 23 et 25); dans tous ces cas, dis-je, on a trouvé des traces non équivoques de méningite aiguë ou chronique, soit à la surface du cerveau, soit dans les ventricules, des épanchemens puriformes, troubles ou séreux, plus ou moins abondans, etc. Or, ces symptômes sont précisément ceux que produisent les mêmes affections des méninges, quand elles existent seules. Enfin, dans les observations 11, 13, 14, 16, 17, 21, 22, 23, 25, on n'a pas trouvé de ramollissement autour des tumeurs. Il est donc évident que les symptômes généraux dont je viens de parler ne doivent être attribués qu'à l'affection consécutive des méninges.

En dernière analyse, chacune de ces observations offre l'histoire, non pas d'une seule et même maladie homogène, continue depuis le début jusqu'à la mort, mais d'une série de maladies distinctes, offrant des caractères variés, non-seulement chez des individus différens, mais encore chez le même malade, à des époques différentes. A en juger par les symptômes, ces tumeurs n'ont pas été le résultat d'une action continue semblable à celle de la nutrition, ni même le produit d'une *seule* inflammation chronique, appréciable

par la durée totale de la maladie. Leur origine et leur développement ont été dus le plus souvent à des inflammations éminemment aiguës, *apoplectiformes*; rarement à des inflammations sub-aiguës ou chroniques. Quelquefois, après avoir débuté sous la forme aiguë, l'inflammation s'est continuée ou reproduite sous la forme sub-aiguë ou chronique; d'autres fois les attaques ont été en augmentant toujours de gravité. L'inflammation chronique s'est aussi exaspérée tout à coup, a pris l'aspect le plus aigu, s'est dissipée bientôt, pour se reproduire plus tard sous la forme aiguë, sub-aiguë ou chronique.

Ainsi, chaque attaque, chaque scène inflammatoire doit être envisagée isolément, et jugée d'après les caractères qu'elle présente. Les périodes ont été d'autant plus distinctes que les accidens ont été plus graves, c'est-à-dire l'inflammation plus aiguë. Aussi, dans les cas où elle a conservé le caractère chronique, les symptômes ont semblé marcher d'une manière continue, et n'avoir été produits que par la présence de la tumeur. Cependant vous avez vu que cette uniformité était interrompue par des exacerbations momentanées, et que les tumeurs ne produisaient par elles-mêmes aucun symptôme avant d'avoir acquis un volume considérable, etc.

D'un autre côté, la répétition des congestions cérébrales ne tarde pas ordinairement à produire l'inflammation consécutive des méninges voisines; et cette complication peut avoir aussi le caractère aigu, sub-

aigu ou chronique, continuer sa marche quand la maladie primitive s'est arrêtée, enfin la masquer complétement : de là, une nouvelle série de symptômes, de nouvelles difficultés pour l'étude du diagnostic; de là aussi, la nécessité d'examiner séparément toutes ces choses.

Vouloir tout rapporter à la tumeur, et ne voir dans cette tumeur qu'un corps étranger, ou du moins qu'un produit d'une seule cause toujours active, toujours la même, c'est vouloir tout confondre, c'est se mettre dans l'impossibilité de rien comprendre au travail de la nature. C'est principalement à cette manière d'envisager les *lésions organiques* du cerveau qu'il faut attribuer la profonde obscurité qui enveloppe un sujet si important.

Vous serez peut-être surpris que la formation d'altérations tout-à-fait semblables par leur aspect, leur couleur, leur organisation, n'ait pas toujours été accompagnée de symptômes semblables. La couleur rouge de ces tumeurs étant due à la présence du sang, vous me demanderez peut-être comment il se fait que cette suffusion n'ait pas toujours été due à des inflammations *apoplectiformes;* pourquoi, dans quelques cas, ce travail n'a été annoncé que par des phénomènes morbides vagues, peu intenses, lents dans leur marche? Je pourrais vous adresser la même question au sujet de toutes les affections dont tous les organes sont susceptibles; car toutes peuvent présenter de très-grandes différences dans la rapidité de leur marche, dans la

gravité de leurs symptômes, et l'on a été obligé d'admettre pour toutes une marche aiguë et une marche chronique.

Pour ne pas sortir des altérations que nous avons déjà étudiées, je dois vous rappeler que, si nous avons trouvé des abcès enkystés à la suite d'inflammations éminemment aiguës, nous en avons rencontré aussi après des symptômes peu intenses, qui s'étaient développés très-lentement, et même dans des cas où leur formation n'avait été accompagnée que de quelques maux de tête. Par exemple, dans l'observation 4, lettre 4[e], la céphalalgie, produite par une chute, disparut bientôt sous l'influence d'un traitement énergique. Un mois après, des symptômes d'hydrocéphale se manisfestèrent, la malade mourut, et l'on trouva, outre l'épanchement ventriculaire, un abcès enkysté. Dans l'observation 19, le malade n'avait pas éprouvé d'autres symptômes que des douleurs de tête et d'oreille, lorsqu'ayant reçu un coup dans une rixe, il succomba à une fièvre *ataxique*; et l'on trouva du côté de l'oreille malade un abcès enkysté, qui fut, avec raison, regardé comme tout-à-fait indépendant du coup. Le militaire dont Scultet nous a conservé l'histoire (n° 10) n'avait éprouvé aucun symptôme qui eût pu faire soupçonner un abcès enkysté dans l'hémisphère gauche, lorsqu'au bout de six mois on eut l'imprudence d'introduire un stilet jusque *dans la substance même du cerveau*, à travers une fistule qu'il portait au crâne. Un autre militaire dont nous devons l'observation à M. Broussais

(n° 8), portait un abcès enkysté au centre de chaque hémisphère, quoiqu'on n'eût observé pendant la vie que de la morosité et de la lenteur dans les idées. Un autre malade (n° 11), chez lequel on trouva un abcès considérable dans l'hémisphère gauche, n'éprouva, pendant plusieurs années, qu'une hémicranie périodique.

Le cultivateur, dont parle Bailly (n° 14), présente encore un cas plus curieux : s'étant exposé au soleil, il éprouva des symptômes de méningite et d'encéphalite, auxquels il succomba le neuvième jour. On trouva une tumeur du volume d'une aveline, contenant un pus *fétide* et *verdâtre*. La dure-mère et l'arachnoïde étaient en putréfaction; la substance cérébrale sous-jacente était elle même *altérée* et *très-fétide*. Cet abcès enkysté n'a pu se former en neuf jours : c'est évidemment lui qui a provoqué l'inflammation des portions voisines, qu'on a attribuée à l'insolation. Mais, avant cette rechute, il paraît que rien ne pouvait faire soupçonner l'existence d'un abcès enkysté du cerveau.

Dans tous ces cas, que je prends exprès dans la lettre précédente, et dans beaucoup d'autres que je pourrais vous citer, la présence du pus n'a pas permis d'élever l'ombre d'un doute sur l'existence d'une ancienne inflammation. On n'a pas cru devoir séparer ces abcès enkystés des autres; mais, comme les symptômes n'avaient pas été si graves, si rapides, on a dit seulement que cette inflammation avait été chronique, latente.

Au reste, nous avons également trouvé des abcès

récens, des ramollissemens avec infiltration de pus ou de sang, à la suite d'inflammations, dont la marche et les symptômes ont présenté bien des nuances. Les deux principales ont été la *sidération apoplectiforme*, et la progression lente et toujours croissante de la paralysie : seulement ici la forme lente et progressive ne peut guère être appelée chronique que par comparaison. Et cela se conçoit : pour qu'on trouve à l'ouverture du cadavre un abcès récent, un ramollissement, il faut que le malade ait succombé peu de temps après l'invasion de l'inflammation, sans quoi on trouverait un kyste, une tumeur. Mais, pour que la maladie cause promptement la mort, il faut qu'elle ait un certain degré d'acuité.

La forme essentiellement chronique devait donc se présenter rarement dans l'étude des ramollissemens, ou des abcès récens. Ce qui revient à dire que les inflammations très-intenses tuent souvent à leur début. Les altérations anciennes peuvent, au contraire, présenter des exemples de toutes les nuances d'inflammation, attendu que toutes peuvent les produire : il suffit que le malade ne succombe pas trop tôt.

Ce que je dis des inflammations peut même s'appliquer aux hémorrhagies cérébrales. Il n'est certainement pas de maladie plus aiguë comparée à tout autre; mais il y a encore de grandes différences d'une apoplexie à une autre, non-seulement pour l'intensité, mais encore pour la marche. Il y a réellement des degrés dans l'apoplexie qu'on nomme *foudroyante*. L'hé-

morrhagie ne se termine pas toujours en une seule fois ; elle n'est souvent considérable qu'après plusieurs congestions, séparées par un intervalle variable.

Au reste, ces considérations se représenteront à l'occasion des autres indurations que nous aurons à examiner ; je ne fais que vous les indiquer ici, pour vous montrer que toutes les altérations pathologiques, *quels que soient leurs caractères anatomiques*, peuvent être accompagnées de symptômes variables par leur intensité et la rapidité de leur marche, peuvent être dues, par conséquent, à des causes qui, sans changer de nature, sont susceptibles de différens degrés d'activité.

§. IX. — *Organisation.* Les indurations rouges, ainsi que les ecchymoses, ramollissemens rouges, etc., dépendent de causes qui tiennent à la fois de l'hémorrhagie et de l'inflammation. Avant de chercher à apprécier, à l'aide des symptômes et des ouvertures de corps, les phénomènes vitaux qui accompagnent la formation de ces altérations, il est indispensable de remonter à ce qui se passe dans le cerveau, lorsqu'il est le siége d'une congestion hémorrhagique ou inflammatoire.

Une congestion brusque, générale, violente, peut causer la mort sans laisser d'autre altération appréciable qu'une injection exagérée des plus petits vaisseaux : la mort est très prompte, parce que toutes les parties du cerveau étant affectées en même temps, toutes les fonctions sont suspendues. Si le malade résiste, le rétablissement s'opère aussi d'une manière prompte et complète, parce que le sang n'étant pas sorti de ses

vaisseaux, reprend son cours, et ne donne lieu à aucune lésion matérielle. Mais faisons abstraction du *coup de sang*, puisqu'il ne donne lieu à aucune transformation de tissus.

Si la fluxion se concentre sur une partie d'une manière assez brusque, assez violente, pour produire la rupture de quelques vaisseaux, ou si, quoique moins intense, elle rencontre des vaisseaux qui aient assez perdu de leur élasticité pour ne pouvoir résister à une distension subite, il y aura hémorrhagie proportionnée à l'intensité de la fluxion et au calibre des vaisseaux.

Si la fluxion, quoique brusque et énergique, a lieu chez un jeune sujet, et que les vaisseaux principaux résistent; si, chez un vieillard, elle est moins intense; ou enfin, si elle s'opère sur un tissu composé de vaisseaux capillaires nombreux, mais très-déliés, il en résultera une espèce d'exsudation sanguine, semblable à une ecchymose : le sang sera hors de ses vaisseaux; mais les globules, sortis par une multitude d'ouvertures très-petites, resteront séparés par de la substance cérébrale, ne formeront nulle part un caillot principal, distinct, assez volumineux pour mériter le nom de *foyer apoplectique*. Il semble que l'effort ait avorté; aussi l'a-t-on appelé *molimen* hémorrhagique.

Enfin, une fluxion moins brusque, mais plus soutenue, plus durable, produit l'injection des plus petits vaisseaux. La partie qui en est le siége, prend, dans le principe, une couleur plus ou moins rouge : cette

couleur est due, comme dans le cas précédent, à la présence du sang; mais il est encore contenu dans ses vaisseaux : la fluxion s'arrête, l'engorgement se dissipe complétement, sans laisser aucune trace. Dans le cas contraire, il survient une série d'altérations qui appartiennent à l'histoire de l'encéphalite. Je sais bien que ces trois états peuvent se combiner entre eux d'une manière variée, qu'ils ne se présentent même que rarement isolés; car la structure du cerveau permet à l'inflammation d'y produire facilement un épanchement ou une infiltration de sang; et la présence d'un caillot, quelque petit qu'il soit, ne tarde pas à y provoquer l'inflammation. Aussi je ne prétends pas établir de division absolue entre ces trois principales altérations morbides, ni entre les causes vitales qui les produisent. Je suis convaincu plus que personne que toute classification absolue est arbitraire et démentie par l'observation attentive des faits; mais il ne s'agit ici que d'examiner ce qui se passe dans les cas où les phénomènes sont le plus prononcés.

Voici les principales circonstances qu'il nous importe de remarquer au sujet des hémorrhagies cérébrales.

Une inflammation ne tarde pas à s'établir autour du caillot; la partie la plus séreuse du sang est d'abord absorbée, puis successivement les autres matériaux qui entrent dans sa composition. Si l'absorption s'opère promptement, les parois du foyer peuvent se réunir sous l'influence encore existante de l'inflammation. On

ne trouve alors qu'une cicatrice de forme et de couleur variable, plus ou moins dure, coriace, etc. Quelquefois les surfaces de l'ancienne cavité sont unies par un tissu cellulaire abreuvé de sérosité; mais, dans tous les cas, la substance cérébrale qui était en contact avec le caillot est *endurcie* dans une étendue variable.

Si l'absorption n'est complète que beaucoup plus tard, un kyste a eu le temps de se former autour du corps étranger, l'inflammation s'est dissipée, la réunion ne peut plus avoir lieu; mais, comme dans les cas précédens la substance cérébrale qui enveloppait immédiatement le caillot est endurcie dans une étendue variable, quelquefois cette induration ne s'étend qu'à une très-petite distance du kyste; c'est alors une espèce de lame fibreuse, comme une cornée, etc. D'autres fois, l'étendue de cette induration est disproportionnée à la capacité du kyste : c'est ce qui est arrivé dans l'observation de M. Raykem (nº 10). Quand l'induration était plus considérable, et le kyste plus petit, on n'a souvent envisagé que la tumeur, sans tenir compte de la cause qui avait provoqué son développement : ces différences dans l'épaisseur de l'induration qui environne le foyer, dépendant de l'intensité, de l'étendue ou de la répétition de l'inflammation consécutive, du traitement, etc. Ce qui le prouve, c'est l'étendue de l'altération dans les cas où les malades ont éprouvé dans les membres paralysés des symptômes spasmodiques très-prononcés, ou souvent renouvelés. La malade de M. Raykem, dont je viens de parler, avait encore

conservé de la roideur dans les membres privés de mouvement, lorsqu'au bout d'un an elle fut admise à l'hôpital; aussi l'induration avait-elle dix-huit à vingt lignes de circonférence. Au reste, peu importent ici ces différences dans l'épaisseur de l'induration; je voulais seulement vous faire remarquer que la substance cérébrale voisine du caillot, d'abord *ramollie*, finit par augmenter beaucoup de densité. Maintenant, en quoi consistent les *suffusions*, les *ecchymoses*, etc.? En une multitude de globules de sang séparés par de la substance cérébrale, et d'un volume trop exigu pour mériter le nom de *caillot*. Mais faites abstraction des mots, et vous conviendrez que chaque globule, dès qu'il est sorti du vaisseau, ne diffère de ce qu'on est convenu d'appeler *caillot*, que par son volume; que l'*ecchymose*, la *suffusion* ne sont autre chose qu'une réunion de petits foyers hémorrhagiques. S'il y a identité, pourquoi n'expliquerions-nous pas ce que nous ne pouvons voir, par ce que nous voyons incontestablement tous les jours? Si les globules de sang sont trop petits pour que nous puissions suivre distinctement les phénomènes auxquels chacun d'eux donne lieu, ne pouvons-nous pas nous en faire une idée exacte par ce qui se passe en grand autour des *caillots*?

Je n'ai pas besoin maintenant de vous démontrer que les indurations rouges sont d'anciens ramollissemens avec infiltration sanguine. C'est une vérité sur laquelle vous ne devez plus conserver de doute. Mais, comment s'opère la transformation de cet état en celui

d'induration? comment se forment les tumeurs rouges?

Dans le principe, la substance cérébrale qui enveloppe les petits globules de sang, est ramollie, par conséquent enflammée, soit que cette inflammation ait précédé, soit qu'elle ait accompagné ou suivi l'infiltration. C'est exactement le même état que celui qu'on observe autour des foyers hémorrhagiques récens, c'est le même effet produit par la même cause. Qu'arrive-t-il à cette substance cérébrale ramollie, qui reçoit, qui sépare les petits globules? ce qui arrive à celle qui environne les plus gros caillots : elle prend de la consistance, elle emprisonne séparément chaque globule, s'identifie avec lui; et le tout forme une tumeur de figure, de couleur et d'aspect variables, suivant une foule de circonstances.

Si la maladie a son siége à la surface du cerveau, et s'étend peu en profondeur, l'induration sera *membraniforme, lamineuse.* Je vous en rapporterai plusieurs exemples que j'ai dû renvoyer ailleurs. Si elle occupe les deux faces d'une portion saillante du cerveau comme le bord supérieur, elle produira deux lames, qui, par leur réunion, formeront une espèce de gouttière (n° 4).

Les globules de sang peuvent être assez gros pour rester distincts dans certains points de la tumeur, et former des petits *caillots* séparés, des épanchemens sanguins, comparables aux petits foyers apoplectiques (n°s 3 et 7); ils peuvent être assez rapprochés, assez intimement unis, pour paraître confondus, et donner à

la tumeur, divisée par l'instrument tranchant, l'aspect d'une masse de sang coagulé (n° 12). Si l'altération est plus ancienne, le tissu, plus dense, aura l'aspect *d'une masse de chair tout-à-fait semblable à un gésier d'oie* (n° 13); ce sera une tumeur *ferme à l'intérieur, ressemblant au tissu du rein* (n° 21); s'il contient un peu moins de sang, on croira y voir des tumeurs charnues (n°s 15, 16 et 22), ou seulement *rougeâtres*, *d'apparence charnue* (n°s 15 et 20), d'une couleur de *chair pâle* (n°s 11 et 17).

Les expressions du Dr Hunter (n° 11) méritent d'être notées. La tumeur était, dit-il, à l'intérieur, d'une couleur de *chair pâle*, et d'une texture *granuleuse : of a pale flesh colour. and granular texture.* (Abercrombie, Suppl. C... XL.) Celles de Morgagni, tout-à-fait équivalentes, ne sont pas moins remarquables : *Ad carneam dilutissimam accidebat; et quasi ex corpusculis subrotondis constans*, *etc.* (Epist. LXII, §. 15). Dans une autre occasion (voyez n° 9), il s'est servi d'une autre comparaison qui indique encore plus clairement la cause de la coloration. « *Tuberculum prominebat, maximæ fabæ, magnitudine et figurâ, colore autem rubro, qualis in cute conspicitur cum recens sugillata est.* » (Epist. XI, §. II.)

Si le sang est encore en moindre quantité, en molécules plus ténues, s'il est plus intimement combiné avec la substance grise, l'induration sera brunâtre (n° 19), ou d'un brun foncé (n° 10). Enfin, si les molécules sanguines sont encore plus disséminées, la tu-

meur sera rosée (21, §. II), aura l'aspect d'un stéatome (n° 8), d'un corps graisseux rougeâtre ou rosé (n° 23).

Mais le volume des globules de sang, leur rapprochement ou leur éloignement; la densité du tissu, sa disposition lamineuse ou sphérique, ne sont pas les seules circonstances qui influent sur l'aspect des indurations rouges.

L'inflammation qui s'empare de la substance cérébrale qui entoure les *caillots* hémorrhagiques, peut être portée au point de se terminer par suppuration. Entre autres exemples que j'en pourrais citer, je me contenterai de vous rappeler l'observation 10 de la première lettre; le malade avait éprouvé « une *rigidité très-prononcée des muscles fléchisseurs* du côté paralysé, des *douleurs aiguës*, accompagnées de *picotemens* qui augmentaient lorsqu'on pressait ou qu'on essayait de remuer le bras. » A l'ouverture du corps, on trouva « deux cuillerées de sang caillé, les parois du foyer enduites d'une matière *puriforme*, rouges et enflammées, jusqu'à la profondeur de deux ou trois pouces en tous sens. »

Vous concevez que l'inflammation de la substance cérébrale qui entoure des caillots plus petits peut également se terminer par suppuration. C'est probablement ce qui est arrivé dans l'observation 24. Le malade, après avoir éprouvé une hémiplégie à *gauche*, mourut vers le vingtième jour. A l'ouverture du corps, on trouva à *la surface* de l'hémisphère *droit* un *abcès*

assez considérable, rempli de *corpuscules d'un rouge vif*. C'était là probablement le premier état de certaines altérations, qui, examinées à une époque plus éloignée, ont présenté plus de densité, ont été appelées *tumeurs* au lieu d'*abcès*. Le pus infiltré dans la substance cérébrale, comme les petits globules de sang, peut donc s'interposer entre eux sans leur ôter leur couleur; mais suivant la proportion de l'un ou l'autre liquide, la nuance de la masse est différente.

D'un autre côté, l'inflammation ne se borne pas exactement à la partie infiltrée de sang; dans les endroits où il n'en existe pas, l'altération ne peut pas avoir d'autre couleur que celle du pus; et comme c'est la substance grise qui est spécialement exposée aux *suffusions*, c'est dans des parties où la substance grise et la substance blanche sont voisines l'une de l'autre, qu'on trouve les altérations qui présentent deux couleurs bien tranchées, diversement entremêlées, superposées, etc.

Ce qui se passe autour des caillots, autour des abcès, autour des plus petits globules de sang, peut nous donner une idée des changemens qui s'opèrent autour des molécules de pus les plus ténues. Dans la transformation de l'état de ramollissement à l'état d'induration, la substance cérébrale se condense, le pus prend de la consistance, etc.

Je ne puis ici entrer dans aucun développement à ce sujet; mais vous concevez que les indurations rouges nous seront d'un grand secours pour l'étude

des autres altérations. En effet, la couleur du sang permet de le reconnaître facilement dans tous les états et partout où il se trouve. Il n'en est pas de même du pus, de l'albumine, etc., qui jouent aussi leur rôle dans les autres produits de l'inflammation. C'est pourquoi j'ai commencé par les *indurations rouges* l'étude des altérations *anciennes* du cerveau, comme j'ai commencé par les *ramollissemens rouges* l'étude des altérations récentes.

D'après tout ce qui précède, j'espère que vous concevrez facilement la description de ces tumeurs mêlées de rouge et de jaune, ou de blanc (nos 1, 2 et 3), dans lesquelles existaient à la fois de petits épanchemens sanguins, logés dans des espèces de cellules, et du pus infiltré, qu'on faisait sortir par la pression (no 3). Vous comprendrez pourquoi la tumeur décrite par M. Rochoux (no 7) était composée d'un tissu *celluleux et aréolaire grisâtre* assez dense et *fort analogue, pour l'apparence extérieure, à la matière des tubercules*, et en même temps pourquoi elle était remplie de sang, qui, dans certains endroits, paraissait y être contenu comme il l'est *dans la rate;* dans d'autres, était en *petits grumeaux* d'une ligne au plus de diamètre : vous concevrez pourquoi celle du malade no 6 était d'une couleur *grisâtre* mêlée d'une teinte *violette*, etc.; pourquoi toutes les descriptions de ces tumeurs, toutes les comparaisons employées pour les caractériser, donnent l'idée d'un tissu granuleux, parenchymateux, aréolaire.

Pour tâcher d'expliquer ce que nous ne pouvons

pas voir par ce qui se passe en grand dans des circonstances semblables, j'ai comparé les *caillots* de l'hémorrhagie cérébrale aux petits globules de la *suffusion.* Toutefois, je ne dois pas vous dissimuler une difficulté que cette comparaison fait naître naturellement. Les caillots les plus volumineux finissent ordinairement par être absorbés complétement, lorsque le malade survit assez long-temps. Cependant, les petits globules qui entraient dans la composition des tumeurs rouges, dataient de plusieurs mois, de plusieurs années, et ne différaient pas sensiblement de ceux qu'on a trouvés dans les cas plus récens, et même dans les ramollissemens; et il semble que la promptitude de l'absorbation devrait être en proportion du volume du caillot.

Je suis loin de prétendre que ces globules ne soient jamais repris par les vaisseaux absorbans: si j'en juge même par le petit nombre d'exemples de tumeurs rouges que j'ai pu trouver dans les auteurs, comparé à la multitude d'observations de ramollissement avec infiltration sanguine, qu'on publie tous les jours; je crois que leur organisation en tumeur est la terminaison la plus rare; mais il n'en est pas moins vrai que dans la plupart des cas que je vous ai rapportés, un caillot volumineux eût été absorbé, pendant le temps qui s'est écoulé depuis le début de la maladie jusqu'à la mort.

Je sais bien qu'après une première attaque, il en est presque toujours survenu d'autres semblables; que

des congestions plus ou moins violentes se sont répétées autour du noyau primitif, et, se terminant de la même manière, ont augmenté le volume de la tumeur; en sorte que les portions les plus extérieures étaient très-récentes; mais, dans ce cas même, les plus anciennes auraient dû contenir une multitude de petites cavités, ou du moins être décolorées, si les globules de sang avaient été absorbés, ou s'ils avaient seulement perdu leur matière colorante. Or, il n'en était pas ainsi des parties centrales de ces tumeurs : loin d'être creusées d'une multitude d'alvéoles, et comme poreuses, elles étaient les plus denses, et avaient la même couleur que les autres. Il ne s'était donc opéré aucun changement dans ces globules depuis le moment de leur extravasation. Quelle est la cause de cette persistance dans le même état, lorsque les caillots volumineux ne tardent pas à changer d'aspect, et finissent généralement par disparaître au bout d'un temps assez court? J'ai souvent réfléchi sur cette difficulté. Voici comment je m'en suis rendu compte.

Un caillot est un corps étranger trop volumineux pour pouvoir s'organiser et participer à la vie des tissus qui l'entourent; il est bientôt séquestré; les vaisseaux absorbans agissent sur lui comme sur un corps tout-à-fait inerte. Il n'en est pas précisément de même des petits globules infiltrés dans la substance cérébrale; leur ténuité fait qu'ils sont, pour ainsi dire, incorporés avec les tissus vivans, molécule à molécule; il semble qu'ils en font partie, qu'ils doivent participer

à toutes leurs transformations. Tant que l'inflammation persiste à l'état aigu, elle tend plutôt à augmenter l'extravasation qu'à la faire disparaître; quand elle se termine par induration, à mesure que la substance cérébrale prend plus de consistance autour des globules, ceux-ci se condensent. Plus la turgescence diminue, plus l'union augmente, plus la combinaison devient intime; les globules participent à la vie des tissus auxquels ils sont identifiés; les vaisseaux qui s'y distribuent continuent à remplir leurs fonctions, y acquièrent même quelquefois un plus grand développement; les différens élémens du nouveau tissu jouissent du même degré d'activité vitale. Certes, la tumeur ne peut remplir aucune des fonctions propres à l'organe dans lequel elle s'est développée, elle a une influence fâcheuse sur les parties saines qui l'environnent; mais elle n'en continue pas moins à vivre à sa manière avec des phénomènes qui lui sont propres, et ne peut, sous aucun rapport, être assimilée à un corps étranger.

Vous verrez plus tard que les indurations sont susceptibles d'éprouver de nouvelles inflammations, à la suite desquelles de nouveaux changemens s'opèrent dans leur organisation. Ces nouveaux phénomènes supposent nécessairement l'existence de la vie dans les tissus qui les éprouvent.

En résumé, si un caillot volumineux finit par être absorbé, c'est qu'il reste au milieu des parties vivantes comme un corps étranger. Si, au bout d'un temps

beaucoup plus long, de petits globules de sang conservent tous leurs caractères, c'est qu'ils participent bientôt à la vie des tissus avec lesquels ils se trouvent, pour ainsi dire, combinés, et subissent l'influence de tous les changemens qu'ils éprouvent.

Le sang n'est pas le seul liquide auquel ces réflexions soient applicables.

§. X. *Indurations rouges dans les autres organes.* A la fin de la première Lettre, j'ai cherché (§. XVI et suivans) à vous montrer les affinités qui existent entre les congestions hémorrhagiques et inflammatoires : par occasion, je vous ai fait voir que tous les organes étaient susceptibles de devenir le siége de phénomènes vitaux semblables à ceux qui, dans le cerveau, donnaient lieu aux épanchemens apoplectiques, aux ecchymoses, etc.; qu'il pouvait en résulter, dans les organes parenchymateux, des altérations semblables aux *ramollissemens rouges*, sauf la différence que la nature du tissu apporte nécessairement dans l'aspect de l'altération. J'ajouterai, à ce que j'ai dit à ce sujet, que j'ai aussi trouvé des *indurations rouges* dans presque tous les organes. J'en ai vu dans les os (1), dans les

(1) J'ai trouvé, chez un individu qui avait succombé à une affection rhumatismale aiguë, avec suppuration de la plupart des articulations, et, entre autres, des scapulo-humérales ; j'ai trouvé, dis-je, l'extrémité supérieure des deux humérus tellement pénétrée de sang coagulé, que le tissu osseux n'était plus reconnaissable qu'à sa dureté. Ayant scié les humérus,

muscles, dans le foie, dans la rate, et surtout dans les poumons, et j'y ai remarqué les différens aspects des tumeurs que nous venons d'examiner : tantôt elles étaient d'un rouge vif, d'un tissu compacte; en sorte que, si on ne les eût pas examinées de près, on les eût prises pour des caillots durcis; mais, en raclant la surface de la division, on voyait que les globules de sang étaient séparés par un tissu réticulaire, alvéolaire. J'en ai vu qui avaient une teinte violette, d'autres qui étaient même tout-à-fait noires; j'ai trouvé quelquefois, dans différens points, surtout vers le centre, des caillots distincts d'un volume et d'une consistance variables. J'ai vu de ces tumeurs mêlées de *jaune* ou de *blanc grisâtre*, et de *rouge* ou *violet* plus ou moins foncé, semblables à des fragmens de granit ou à des portions de truffes. Ces deux tissus, examinés séparément, ressemblaient à ce qu'on est convenu d'appeler hépatisation rouge, hépatisation grise. J'ai souvent pu y reconnaître distinctement la présence du sang et du pus. J'ai même trouvé autour de ces tumeurs rouges, ou dans leur intérieur, de véritables abcès.

---

j'ai trouvé l'intérieur de l'extrémité supérieure d'un rouge foncé et homogène; la tête ressemblait à un caillot durci qu'on aurait divisé avec le scalpel. On conçoit que cette altération ne pouvait pas être accompagnée d'une augmentation de densité, puisqu'elle avait son siége dans le tissu osseux; mais, du reste, elle ressemblait à la plupart des indurations rouges dont nous venons de nous occuper; c'était un tissu semblable à un *gésier d'oie*, à un *rein*, etc.

Vous concevrez que toutes ces différences de densité, d'aspect, etc, tiennent aux différentes époques de la transformation, à la quantité de sang infiltré ou épanché, à la présence du pus, au volume des petits foyers sanguins ou purulens, ou, en d'autres termes, à l'ancienneté de la maladie, à la nature du tissu, à l'énergie de la congestion, à l'intensité de l'inflammation, à l'âge, au tempérament du malade. Mais en voilà bien assez pour vous montrer, comme je l'ai fait pour les autres altérations, que les mêmes causes produisent sur les autres viscères les mêmes effets que sur le cerveau; que les seules différences qu'on peut observer entre eux, dépendent de l'influence inévitable de la structure anatomique de chaque organe, etc. Je sortirais de mon sujet, si je voulais entrer dans de plus grands développemens à cet égard.

Voyez, pour de plus amples détails, l'article *Apoplexie* du *Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie-Pratique*, par M. le professeur Cruveilhier, et en particulier le chapitre II, ayant pour titre : *De l'apoplexie capillaire, ou du ramollissement apolectique.* Voyze aussi la Dissertation du docteur Rousset, de Marseille, *sur les hémorrhagies considérées dans le tissu cellulaire, dans les muscles et dans les organes parenchymateux* (Paris, 1827).

FIN.

DICTIONNAIRE

DE MÉDECINE

EN VINGT-UN VOLUMES IN-8°;

Par MM. ADELON, professeur à la Faculté de Médecine de Paris; BECLARD, professeur d'anatomie à la même Faculté; BIETT, médecin à l'hôpital Saint-Louis, pour les maladies cutanées; BRESCHET, chef des travaux anatomiques près la Faculté de Médecine, chirurgien de l'Hôtel-Dieu; CHOMEL, professeur à la Faculté de Médecine de Paris, médecin à l'hôpital de la Charité; H. CLOQUET, agrégé près la Faculté de Médecine; J. CLOQUET, agrégé près la Faculté de Médecine, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis; COUTANCEAU, professeur à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce; DESORMEAUX, professeur d'accouchemens à la Faculté de Médecine de Paris, FERRUS, médecin de l'hospice de Bicêtre, pour les aliénés, GEORGET, médecin adjoint de la maison de santé de M. Esquirol, pour les aliénés: GUERSENT, médecin de l'hôpital des Enfans; L'AGNEAU, docteur-médecin: LANDRÉ-BEAUVAIS, doyen de la Faculté de Médecine de Paris; MARC, médecin légiste; MARJOLIN, professeur à la Faculté de Médecine, chirurgien en chef de l'hôpital Beaujon: MURAT, chirurgien en chef de l'hospice de Bicêtre; OLLIVIER (d'Angers), docteur en médecine; ORFILA, professeur de chimie à la Faculte de Médecine: Pelletier, professeur à l'Ecole de Pharmacie. RAIGE DELORME, docteur en médecine; RAYER, docteur en médecine; RICHARD, professeur de botanique et agrégé près la Faculté de Médecine: ROCHOUX, agrégé près la Faculté de Médecine; ROSTAN, professeur de médecine clinique, médecin de l'hospice de la Salpétrière: ROUX professeur de pathologie externe à la Faculté de Médecine, chirurgien de l'hôpital de la Charité: et RULLIER, agrégé près la Faculté de Médecine de Paris, médecin de l'hôpital de la Charité, etc. Prix, broché, 136 fr. 50 c.

Tout le monde connaît le grand succès du Dictionnaire de Médecine que la liste des savans collaborateurs garantissait sans doute mais qu'on ne croyait point devoir passer dans les mains de tous les médecins. MM. les élèves ne trouvent aucun

ouvrage plus classique, et MM. les praticiens applaudissent tous les jours à l'entreprise de l'ouvrage, qui leur donne l'état de la science dégagée de cette accablante érudition souvent mal entendue, dont on a chargé tant d'autres ouvrages en ce genre.

MM. les rédacteurs, continuellement occupés de rechercher la vérité des principes par l'examen des faits, se trouvent naturellement conduits à apprécier à leur juste valeur tous les principes de la nouvelle doctrine physiologique, sans condamner à un oubli éternel les précieux documens qui forment la base des anciennes théories ; 21 vol. in-8°. Paris, 1821 à 1828.

L'ouvrage vient d'être terminé ; on peut le prendre par 2, 4 et 6 vol. à la fois, à raison de 6 fr. 50 c. le vol.

BRICHETEAU. Précis analytique du croup, de l'angine couenneuse et du traitement qui convient à ces deux maladies, précédé du Rapport sur les Mémoires envoyés au Concours sur le croup, établi par le gouvernement en 1807 ; par ROYER-COLLARD, professeur à la Faculté de Médecine de Paris, etc. Paris, 1806, in-8°. 5 fr.

BRICHETEAU. Traité théorique et pratique de l'hydrocéphale aiguë, ou fièvre cérébrale des enfans ; suivi d'une collection choisie d'observations, et de la traduction de l'Essai de Robert Whytt sur cette maladie, etc. 1 vol. in-8°. Paris, 1829. 4 fr. 50 c.

BRICHETEAU, CHEVALLIER et COTTEREAU. L'Art de doser les médicamens, tant anciens que nouveaux, selon les différens âges, c'est-à-dire de 1 an à 1 an 1/2, de 1 an 1/2 à 3 ans, de 3 ans à 7, de 7 à 14, de 14 à 20, de 20 à 60, ou Dictionnaire de posologie médicale en tableaux synoptiques. 1 fort vol. in-18. Paris, 1829. 5 fr.

ROSTAN. Traité élémentaire de diagnostic, de pronostic, d'indications thérapeutiques, ou Cours de médecine clinique. 3 vol. in-8° ; 2e édition, revue, corrigée et augmentée. Paris 1830.

Paris. — Imprim. de Félix Locquin, rue Notre-Dame-des-Victoires, n°. 16.

RECHERCHES
ANATOMICO-PATHOLOGIQUES
SUR
L'ENCÉPHALE
ET SES DÉPENDANCES.

SIXIÈME LETTRE.

Indurations minces, aplaties, radiées, alongées, irrégulières; cicatrices.

Nous avons vu dans la lettre précédente ce que deviennent les ramollissemens avec infiltration sanguine, lorsque le sang n'est pas repris par les vaisseaux absorbans; comment les globules se condensent, s'identifient avec le réseau qui les enveloppe, et finissent par participer à la vie. Il nous reste à étudier le rôle que

joue le pus, ainsi que les autres produits de l'inflammation, dans l'organisation, l'accroissement, les transformations des autres altérations anciennes, à compléter enfin l'histoire des ramollissemens, des suppurations, etc.

Nous commencerons cette nouvelle série de recherches par l'examen des *indurations aplaties*, *alongées*, *radiées*, *irrégulières*, etc. qui ont toujours été distinguées des *tumeurs*, et sont ordinairement désignées sous le nom de *cicatrices*. Nous étudierons les différentes nuances qu'elles présentent dans leur forme, leur densité, leur couleur, leur nature intime, etc.; les transformations qu'elles éprouvent, depuis le premier degré de l'induration, jusqu'à la consistance cartilagineuse, et leur transformation définitive en tissu cellulaire; nous tâcherons enfin d'apprécier leur influence sur les parties voisines.

Ce n'est pas que je regarde ces indurations comme constamment identiques dans leur composition, et comme tout-à-fait distinctes des *tumeurs*; mais elles ont cependant plus d'analogie entre elles qu'avec toute autre altération, et peuvent d'ailleurs être assimilées aux *cicatrices* ordinaires sur lesquelles on a des idées plus exactes que sur les tumeurs.

Au reste, quel que soit l'arrangement qu'on adopte dans la distribution des faits, il est impossible d'en être complétement satisfait, parce que nos classifications les plus naturelles ne sont jamais que des moyens purement artificiels de diviser le travail.

Après avoir étudié séparément chaque objet, il faut bien, pour en avoir une idée complète, finir par chercher ses rapports avec tous les autres. Sans ce rapprochement continuel on n'arrive à aucune théorie générale : on se laisse influencer par les mots, on personnifie des abstractions, on finit par en faire autant d'êtres distincts. Tout en nous soumettant donc à la nécessité d'étudier l'une après l'autre les altérations auxquelles on a donné un nom particulier, nous aurons soin de nous prémunir contre la préoccupation qui a le plus contribué à retarder les progrès de la science.

N° I.

Chute sur la tête; délire; accès épileptiformes; distorsion de la bouche; paralysie du bras *droit*; agonie : retour des fonctions cérébrales; crachats purulens fétides, etc. Mort le cinquante-unième jour. — *Nécrose du coronal à* gauche; *au-dessous, adhérence du cerveau endurci avec les méninges et de ces membranes entr'elles; gangrène du poumon.*

Jeanne Brunier, âgée de soixante ans, d'un tempérament lymphatique et d'une constitution affaiblie, étant tombée de cheval le 5 décembre 1822, se frappa rudement la tête contre l'angle d'une grosse pierre, perdit connaissance, et se fit une plaie sémi-elliptique, d'environ quatre pouces d'étendue, à la partie supé-

rieure latérale *gauche* de la tête. Elle passa quatre jours sans éprouver le moindre accident; mais le cinquième, étant partie pour Montpellier en voiture publique, elle se trouva mal plusieurs fois, et parut éprouver un peu de dérangement dans l'intelligence.

Le 13 décembre, entrée de la malade à l'hôpital Saint-Éloy. Bords de la plaie de tête écartés d'un demi-pouce, os dénudé, sans félure ni fracture. Dans la journée, *léger délire.* Dans la nuit, *mouvemens convulsifs de tous les membres et de la face, écume abondante à la bouche.* Au bout de deux heures, état soporeux, face injectée, respiration fortement stertoreuse, abolition complète de l'usage des sens. Vers la fin de la nuit, retour de l'intelligence et des fonctions des sens; mais léger embarras dans les idées, yeux hagards, face colorée, respiration embarrassée. Le 14, à la visite, même état. (*Eau de veau émétisée, lavement purgatif, cataplasme émollient sur la plaie.*) Dans la journée, rien de nouveau. Dans la nuit, retour des symptômes observés la veille, mais plus intenses, plus prolongés, et accompagnés de *distorsion de la bouche.*

Chaque nuit suivante, les mêmes accès *épileptiformes* se reproduisirent en augmentant de durée et d'intensité jusqu'au 19 inclusivement.

Le 20 au matin, le bras *droit* était *paralysé;* on pouvait le porter dans toutes les directions sans éprouver de résistance. Aucune évacuation alvine n'avait eu lieu depuis six jours, malgré l'emploi de l'eau émé-

tisée et des lavemens purgatifs. Dans la journée, persistance de l'état comateux. Vers le soir, espèce de *réveil*, *léger délire continu*, face très-colorée, yeux hagards, pupille resserrée, mouvemens convulsifs des lèvres, respiration plus embarrassée que jamais.

Le 21, *rétraction* du bras *droit* fortement appliqué contre la poitrine; délire, accompagné de cris aigus et de mouvemens pour sortir du lit. Même état pendant la journée et la nuit; *paralysie* du bras *droit*, avec flaccidité; déglutition très-difficile, pouls accéléré et très-concentré, ventre souple, malgré la constipation.

Le 22, état comateux, face un peu pâle, respiration râleuse, pouls petit et vite, langue noire et sèche, dents fuligineuses.

Le 23 et le 24, état d'agonie.

Le 25, retour de l'usage des sens, mais aphonie; trouble considérable dans les fonctions intellectuelles, grande gêne dans les mouvemens du bras *droit*, céphalalgie intense, douleur violente dans la poitrine, respiration toujours pénible: nuit assez tranquille.

A dater du 26, diminution de la céphalalgie, rétablissement progressif de l'intelligence, des mouvemens du bras *droit*, de la voix, du sommeil et de l'appétit.

Le 1er janvier 1823 (vingt-huitième jour de la maladie), je remplaçai M. le professeur Delpech dans le service de l'hôpital. Alors tous les symptômes d'affec-

tion cérébrale avaient disparu (1). La plaie n'avait fait aucun progrès vers la guérison, à cause de la nécrose d'une portion assez étendue du coronal. La respiration était toujours difficile; la douleur de la poitrine persistait, ainsi que la toux; l'expectoration était assez abondante et fétide, le pouls faible et accéléré. (*Looch, tisane pectorale.*)

Les jours suivans, crachats puriformes, fétides; haleine infecte, émission involontaire des matières fécales; poitrine sonore en avant; râle crépitant dans tous les points accessibles au cylindre; exploration impossible en arrière, à cause de l'excessive faiblesse de la malade. (*Vésicatoire sur le sternum, cautère au bras.*) Bientôt, trouble des fonctions digestives, perte du sommeil, crachats plus abondans et plus fétides. (*Sinapismes aux mollets, aux cuisses et sur les côtés de la poitrine.*) Vers le 15, fièvre intense, augmentation croissante des symptômes. Mort le 26 janvier, cinquante et un jours après la chute.

Nécroscopie. — *Tête.* Lèvres de la plaie décolorées; dénudation de la partie latérale et supérieure *gauche* du coronal, dans l'étendue de deux pouces et demi environ; surface dénudée et rugueuse; épaisseur de l'os moindre en cet endroit; au-dessous, *adhérence intime*

---

(1) J'ai puisé les détails que je viens de rapporter dans des notes très-étendues que recueillait, plusieurs fois par jour, M. Guergui, élève plein de zèle et d'intelligence.

des deux feuillets de l'arachnoïde entr'eux, et de la pie-mère au cerveau, dans une étendue égale à la dénudation de l'os; substance cérébrale des circonvolutions, adhérente, *d'un jaune sale*, *mêlé de quelques points rouges*, *dense*, *coriace* et même *dure*, jusqu'à une profondeur d'environ cinq lignes, *plus difficile à écraser ou à déchirer entre les doigts que le foie le plus ferme;* substance cérébrale environnante de couleur et de consistance ordinaires, ainsi que le reste du cerveau; arachnoïde *blanchâtre* et *épaisse* dans beaucoup de points de la surface du cerveau; peu de sérosité dans les ventricules.

Poitrine. Membrane muqueuse de la trachée et des bronches très-injectée; mucosités épaisses, purulentes, très-abondantes; lobe inférieur du poumon droit noir, dissous à sa partie postérieure et inférieure, exhalant une odeur de matière fécale très-prononcée; lobes supérieur et moyen pâles et crépitans, ainsi que tout le poumon gauche; peu d'altération dans la partie du diaphragme qui correspondait à la gangrène.

Abdomen. Rien de remarquable.

§. I. Les symptômes éprouvés par J^e^ Brunier sont exactement ceux que je vous ai fait si souvent remarquer dans les cas d'encéphalite compliquée de méningite. (Voyez, en particulier, lettre 1re, obs. 13; lettre 2, obs. 3, 5, 8, 14; lettre 3e, obs. 1, 3, 4, 20; lettre 4e, obs. 3, 4, 12 et 25.) Et les altérations trouvées après la mort expliquent aussi très-bien les phénomènes obser-

vés pendant la vie; seulement ici, au lieu d'épanchemens albumineux, purulens, etc., entre les méninges, nous avons trouvé des adhérences; au lieu d'un ramollissement ou d'une suppuration de la substance cérébrale sous-jacenté, c'était une induration; mais cette différence s'explique suffisamment par l'ancienneté de la maladie. La période de congestion ayant cessé, les produits de l'inflammation se sont peu à peu condensés, solidifiés, organisés sous l'influence d'un travail nouveau. Ce travail a été tout-à-fait semblable dans le parenchyme du cerveau et à la surface de ses membranes; les modifications éprouvées par ces matériaux liquides, pour passer à l'état solide, ont été les mêmes.

L'induration et l'adhérence sont des produits semblables, dus à une action vitale identique.

D'après toutes les observations que je viens de vous citer, il est évident que chez Je Brunier, le délire et les accès épileptiformes des six premiers jours ont été dus à la méningite, et que la paralysie du bras *droit*, accompagnée, tantôt de contraction tétanique, tantôt de flaccidité complète, ainsi que la distorsion de la bouche, etc., doivent être attribuées à l'inflammation de l'hémisphère *gauche*. Ici, comme dans tous les cas de plaie de tête, la maladie a commencé par les membranes, avant de s'étendre au parenchyme; elle a été plus intense à l'endroit du coup, etc.

Les symptômes spasmodiques et paralytiques se sont aussi combinés d'une manière bizarre qui eût pu don-

ner lieu à bien des hypothèses. (Voyez à ce sujet le §. XVIII de la lettre 3e, p. 494.) Il ne s'est donc rien passé ici qui ne ressemble à tout ce que nous connaissons déjà : seulement les altérations ont été examinées à une époque plus avancée; elles avaient déjà subi des transformations nouvelles; mais on pouvait encore reconnaître dans l'induration les traces du sang et du pus qui avaient fait partie du ramollissement : c'étaient toujours les mêmes matériaux infiltrés dans la substance cérébrale, c'était le même aspect; il n'y avait de différence que dans la consistance.

§. II. La malade avait recouvré complétement l'intelligence, le mouvement et la sensibilité : ainsi elle était guérie de son encéphalite, et l'induration de la substance cérébrale était moins une maladie réelle que la trace d'une maladie passée; elle était pour les parties voisines ce qu'est une *cicatrice* ordinaire, et sa forme aplatie lui donnait encore plus de ressemblance avec la production à laquelle on est convenu de donner ce nom.

§. III. La mort a été causée par la gangrène du poumon ; elle n'a été accompagnée d'aucun symptôme particulier qu'on pût rapporter aux méninges ou au cerveau : aussi n'avons-nous trouvé dans la cavité crânienne ni épanchement, ni ramollissement.

L'observation 31e de la seconde lettre présente sous ce rapport un contraste d'autant plus remarquable, que les deux faits ont d'ailleurs une très-grande res-

semblance. Cet autre malade, après avoir aussi éprouvé des symptômes d'encéphalite, semblait en pleine convalescence, lorsqu'une nuit on le trouva mort dans son lit. « La dure-mère adhérait à l'arachnoïde, et celle-ci au cerveau, qui était *endurci*, *comme cartilagineux*, tandis que la substance blanche, *au contraire*, était *considérablement ramollie.* » Les circonstances par lesquelles ces deux cas diffèrent, ne sont pas moins importantes ni moins faciles à expliquer que celles par lesquelles ils se ressemblent.

§. IV. MM. Delaye, Foville, Pinel-Grandchamp, Serre, Lacrampe-Loustaud, etc., pensent que les lobes antérieurs du cerveau président exclusivement aux fonctions des membres abdominaux. Ici la lésion avait son siége à la partie *antérieure* et supérieure de l'hémisphère gauche, et non-seulement le *bras* droit était paralysé, mais encore il l'était seul; le membre inférieur a toujours joui de la plénitude de ses fonctions. Suivant l'hypothèse en question, le contraire eût dû avoir lieu.

N° 2.

Coup violent; perte de substance du pariétal; accès d'épilepsie; manie, puis démence; affaiblissement général; paraplégie. Mort. — *Épaississement, ossification de la dure-mère, adhérence des méninges entr'elles et au cerveau* endurci; *sérosité abondante dans les ventricules, à la surface du cerveau et de la moelle; épaississement, injection des méninges, ramollissement de la moelle; double pleuro-pneumonie.* (Calmeil, *De la Paralysie considérée chez les aliénés*, n. XLIX, page 250.)

Un charpentier, âgé de cinquante-deux ans, d'une taille élevée et d'une bonne constitution, reçut dans son enfance un coup violent sur le pariétal *gauche;* il y eut fracture et perte de substance de l'os: cependant la guérison s'opéra sans accidens fâcheux; mais l'os ne se régénéra pas, et le cerveau resta protégé par les seules parties molles.

L'intelligence se développa comme de coutume; les fonctions cérébrales et celles des autres organes s'exercèrent avec une parfaite régularité. Devenu militaire, cet individu est réveillé pendant la nuit par des coups de pistolet qu'on tire à ses oreilles, en criant que l'ennemi approche. Saisi de frayeur, il a un accès d'épilepsie. Plus tard, de pareils accès se renouvellent; leur caractère n'est plus douteux. Le malade, réformé, rentre au sein de sa famille. Santé physique bonne, intelligence

ordinaire, attaques rares. Tout à coup symptômes alarmans, monologues à demi-voix, gestes bizarres et insignifians, désirs absurdes, ambition désordonnée, irascibilité, emportemens à la moindre contrariété, affaiblissement de l'intelligence, idées puériles, changement de la physionomie, plus d'expression dans les traits, bouche entr'ouverte, œil fixe, réponses incohérentes, par momens langue embarrassée. (*Bains, saignées répétées, potion calmante.*) Augmentation de l'aliénation. Réclusion à Charenton. Alors démence profonde, démarche chancelante, désir du repos, prononciation défectueuse, sensibilité conservée. (*Plusieurs fois sangsues au cou, tisane rafraîchissante.*)

Six mois après l'invasion, au matin, altération profonde de la physionomie, teint livide, refus des alimens, chaleur générale diminuée, pouls fréquent, mais difficile à suivre; agitation commençante, étroitesse excessive des pupilles, augmentation de l'embarras de la langue et de la faiblesse des jambes. (*Diminution des alimens.*)

Le lendemain, agitation extrême, insomnie, mouvement continuel des bras, des jambes, de tout le corps; impossibilité de soulever les membres *abdominaux;* le malade les *traîne* seulement sur le lit. Les bras peuvent être déplacés, et même *portés à la tête.* Mains presque insensibles, ainsi que les jambes et les cuisses; respiration haute, râle commençant, fièvre vive, chaleur à la peau. La main appliquée un peu fortement sur la partie du crâne privée d'os, fait aussitôt cesser le délire et

l'agitation, qui reparaissent dès que la main est retirée. (*Vingt sangsues aux tempes*, *lavemens purgatifs*, *sinapismes aux pieds.*) Mort dans la soirée.

Ouverture du cadavre.—Tête. Sur la partie moyenne du pariétal *gauche*, vaste dépression, perte de substance de l'os dans l'étendue d'un pouce d'avant en arrière, sur deux pouces transversalement, bouchée par la dure-mère épaissie, mais non altérée; au pourtour de l'ouverture, lamelles osseuses, de quelques lignes d'étendue, entièrement spongieuses. Sous la perte de substance, adhérence intime du feuillet arachnoïdien de la dure-mère avec le feuillet cérébral; circonvolution correspondante adhérente aux méninges, s'enlevant en partie avec elles, d'un tissu *ferme* et *résistant.* On trouve même, en enfonçant le bistouri dans l'épaisseur de cette circonvolution, *une plaque d'une dureté très-prononcée.* Les autres circonvolutions semblent avoir une consistance normale. Dans la grande cavité de l'arachnoïde, *huit onces* au moins de *sérosité verdâtre* qui s'accumule à la base du crâne, et se mêle à celle qui s'échappe du canal vertébral.

Arachnoïde généralement injectée; vaisseaux principaux gorgés de sang et doublés de volume; pie-mère infiltrée et distendue par une quantité remarquable de sérosité, s'écoulant par la rupture des méninges, qui n'en conservent pas moins une épaisseur de près de *deux lignes.* A la partie antérieure de la scissure interlobaire, *adhérence entre les deux hémisphères*; soudure de la substance grise à la pie-mère, qui en en-

lève une couche mince et rosée; même état le long des gouttières qui logent les nerfs olfactifs. Cannelure des nerfs olfactifs d'une couleur moins foncée, peu consistante, sans être précisément ramollie.

Voûte des ventricules *très-endurcie.* On peut la tirer sans la rompre, comme du caoutchouc. Même état encore plus prononcé le long du plancher ventriculaire. Point d'altération dans les autres parties du cerveau, point d'injection. Quatre onces environ de sérosité dans les ventricules latéraux. Villosités bien prononcées; à leur surface, des milliers de *petites têtes*, d'une couleur rouge, donnent à la membrane séreuse un aspect rugueux et chagriné. Villosités plus prononcées encore dans le quatrième ventricule; elles ressemblent à des bourgeons d'une couleur vive et animée.

A partir de la quatrième vertèbre cervicale, défaut de consistance dans les faisceaux postérieurs de la moelle. *Ramollissement* bien fondu avec les molécules intimes de la moelle, pénétrant jusqu'aux faisceaux antérieurs, et les intéressant légèrement. La pulpe n'est pas diffluente comme du pus, mais elle n'a pas sa consistance habituelle. Le désordre diminue graduellement, et ne dépasse pas la huitième vertèbre. — Substance grise du prolongement rachidien *violacée.*

Poitrine. Épanchement et fausses membranes récentes dans les deux plèvres. — Hépatisation. — Commencement de suppuration grise dans les deux poumons. — Cœur volumineux. — Ventricule gauche épaissi.

Abdomen. Rien de pathologique.

§. I. Les principales circonstances de cette intéressante observation s'enchaînent d'une manière si frappante, qu'il suffit de les rapprocher pour montrer le rapport qui existe entre elles.

Fracture du pariétal *gauche;* séparation d'un fragment considérable, etc.; *épaississement, ossification partielle de la dure-mère; adhérence intime des méninges et du cerveau, qui est endurci.* — Plusieurs années après, violente frayeur: attaque d'épilepsie, nouveaux accès de plus en plus rapprochés; dérangement dans les idées, monomanie ambitieuse, avec exaltation; ensuite démence, altération de la prononciation, démarche chancelante, etc. *Adhérence entre les lobes antérieurs; injection, épaississement des méninges; villosités, végétations à la surface des ventricules; épanchement considérable dans toutes les cavités arachnoïdiennes; infiltration dans la pie-mère; union de celle-ci à la substance grise.* Enfin, aux symptômes ordinaires et lentement croissant de la paralysie générale incomplète, se joint une exaspération subite, accompagnée de paraplégie. *Ramollissement de la moelle, surtout en arrière, depuis le niveau de la quatrième vertèbre cervicale jusqu'à la première dorsale.*

§. II. La circonvolution adhérente était d'un tissu *ferme, résistant*, et contenait dans son épaisseur une *plaque d'une dureté très-prononcée.* Il est probable que dans le principe toutes les parties endurcies avaient à

peu près la même consistance, et qu'avec le temps la dureté a peu à peu diminué, en commençant par la surface de l'altération.

§. III. Après la guérison, l'intelligence s'est développée comme à l'ordinaire, et pendant un grand nombre d'années, les fonctions cérébrales se sont exercées avec la plus grande régularité; l'*induration* était donc, sous tous les rapports, une véritable *cicatrice*. Cependant il n'est pas possible de supposer qu'elle ait été sans influence sur la production de l'épilepsie. Si la frayeur a déterminé l'explosion du premier accès, les suites de cette commotion morale doivent être attribuées aux altérations déjà existantes; mais toutes les cicatrices ne sont-elles pas susceptibles de devenir causes prédisposantes de nouveaux accidens?

§. IV. A l'occasion de la 18e observation de la lettre précédente, j'ai examiné avec quelque détail la question de savoir si la *paraplégie* pouvait être produite par une cause qui n'agirait que sur le cerveau, et je vous ai montré combien on pouvait facilement se tromper dans l'appréciation des fonctions des membres supérieurs et inférieurs. Ici la description des symptômes est trop précise pour qu'on puisse soupçonner la moindre erreur. Il y avait *impossibilité de soulever les membres abdominaux;* le malade les *traînait seulement sur le lit, tandis qu'il pouvait déplacer ses bras et même les porter à la tête*. Il y avait donc réellement *paraplégie*; mais aussi la cause n'en était pas dans le cerveau, comme le

prouve le ramollissement de la moelle. Cette observation confirme donc pleinement tout ce que je vous ai dit à cet égard (l. 5, p. 322 et suivantes). Si l'on n'avait pas examiné la moelle épinière, on aurait trouvé dans la cavité du crâne assez d'altérations pour expliquer les symptômes observés dans les derniers jours de la vie, et l'on eût pu croire, avec M. Calmeil, que la *paralysie générale incomplète des aliénés* affecte particulièrement les membres inférieurs.

§. V. « La main appliquée un peu fortement sur la partie du crâne privée d'os, faisait aussitôt cesser le délire et l'agitation, qui reparaissaient dès que la main était retirée. » Il est clair que la compression suspendant momentanément les fonctions du cerveau, doit faire cesser tout symptôme dû, comme le délire, l'agitation, etc., au trouble de ces mêmes fonctions; par la même raison qu'une semblable compression exercée sur un individu sain, suspend à l'instant toute pensée, tout mouvement volontaire. C'est ainsi qu'un enfoncement des os du crâne, un épanchement de sang ou de pus, produisent un état comateux qui empêche la manifestation de tout autre symptôme, et que l'enlèvement de l'esquille, l'évacuation du liquide épanché, produisent une espèce de réveil qui s'accompagne souvent de l'explosion subite du *délire* et des *convulsions*. C'est ainsi que ces derniers symptômes cessent au contraire à la suite de tout épanchement consécutif, de toute complication qui entrave les fonctions du cerveau. L'encéphalite a la même influence que la com-

pression ; elle détruit les fonctions du cerveau, non-seulement parce que l'inflammation désorganise tous les tissus dont elle s'empare, mais encore parce qu'elle est accompagnée d'une turgescence qui, dans une cavité osseuse, doit produire la compression des parties voisines. Aussi, loin de produire le délire, l'encéphalite le fait cesser, comme je vous l'ai souvent fait remarquer. Cette dernière proposition me paraît aussi évidente que celles qui précèdent : si elle n'a pas été soupçonnée plus tôt, si elle n'a pas été plus généralement adoptée, c'est qu'on a confondu l'inflammation avec l'irritation, et que les phénomènes se passent hors de la portée de nos sens. Au reste, je reviendrai sur cette question, car elle est trop importante pour que je laisse sans réponse les objections les moins fondées. En attendant, vous remarquerez que le délire était dû à une récrudescence de la méningite, comme le prouve la sérosité *verdâtre* épanchée à la surface de l'arachnoïde.

§. VI. Permettez-moi de vous rappeler ici l'observation de Marie Machelin (voyez lettre 2, n° 30), qui a les plus grands rapports avec celle que vous venez de lire. A l'âge de quatorze ans, elle avait été guérie d'une *hémiplégie presque complète* du côté *droit*.

Quatre mois après, faiblesse des jambes, paralysie du mouvement et de la sensibilité qui s'étend à l'abdomen et à la poitrine ; gêne de la respiration, suffocation. Mort le seizième jour. Dans l'hémisphère *gauche*, une portion de la substance cérébrale, de l'étendue

d'environ un pouce et demi en longueur, sur un pouce de largeur et deux ou trois lignes d'épaisseur, était *endurcie* au point d'offrir de la résistance sous le scalpel, et avait la consistance *du fromage de gruyère.* Au niveau de la septième vertèbre cervicale, la moelle épinière était sensiblement renflée, et dans un état de désorganisation complète. *Son tissu rougeâtre* était réduit, dans l'étendue d'environ un pouce, en une *espèce de bouillie.*

De la comparaison des symptômes observés dans ces deux maladies, séparées par un intervalle de quatre mois de santé, et du rapprochement des altérations, j'avais conclu *que cet endurcissement particulier de la substance cérébrale* était le résultat d'une *inflammation circonscrite*, la suite, en un mot, d'un ramollissement semblable à celui de la moelle. Cette hypothèse, admise par les uns, a été rejetée par d'autres. Vous pouvez juger maintenant si je m'étais trompé.

N° 3.

Délire ; fracture du coronal. ... ; céphalalgie ; perte de la vue ; accès épileptiques ; diminution de l'intelligence ; résolution complète. — *Sous la fracture, adhérences de l'arachnoïde, corps jaune verdâtre à expansions irrégulières ; atrophie des nerfs optiques ; ramollissement des deux lobes antérieurs.* (Recueil de Mémoires de médecine, chirurgie et pharmacie militaires, t. xx, p. 136 ; Mémoire de M. Gama, obs. 4.)

M. *** âgé de trente-quatre ans, soldat au bataillon d'Afrique, étant au Sénégal, fut atteint de la maladie nommée dans le pays *fièvre chaude*, et le 18 août 1823, se précipita, dans son délire, du haut d'un fort de deux cents pieds d'élévation. Accroché par sa capote à la pointe d'un rocher, il en fut retiré sans connaissance avec plusieurs fractures et luxations, et une plaie à la partie supérieure *gauche* du coronal, compliquée de fracture et d'enfoncement. Il ne reprit connaissance que dix-sept jours après l'accident. La plaie ne se cicatrisa complétement qu'au bout de cinq mois. Renvoyé en France comme invalide, il fut admis au Val-de-Grâce le 15 mai 1824.

A cette époque, M. *** éprouvait à la région de la plaie des douleurs qui, en Afrique, n'étaient que passagères, mais dont la violence avait fait depuis des progrès successifs. Bientôt la vue s'affaiblit sensible-

ment. Plus tard, les douleurs semblèrent prendre un caractère périodique; elles reparaissaient toutes les quatre ou cinq semaines, et se dissipaient après quelques jours. La vue s'affaiblit de plus en plus. Vers la fin de juin, la céphalalgie revint avec plus d'intensité, et ne se calma ni spontanément, ni par l'emploi d'aucun moyen thérapeutique. Après quinze jours environ, M. *** qui s'était assoupi vers la fin de la nuit, s'éveilla dans un état de cécité complète, mais sans la moindre souffrance. Depuis lors, la céphalalgie ne reparut plus. Le malade reprit de l'appétit, du sommeil, mais ne conserva que la faculté de distinguer le jour des ténèbres.

Peu à peu épuisement graduel; quelques accès épileptiques, avec serrement des mâchoires; affaiblissement de l'intelligence, conception lente, peu de mémoire, réponses justes, mais pénibles, difficiles. En mai 1825, excrétions urinaires et alvines involontaires et continuelles; membres dans un *état de résolution complète des forces, sans paralysie.* Mort quelques jours après, le 17 mai.

Autopsie cadavérique. Adhérence de l'arachnoïde et de la dure-mère à la surface antérieure des deux hémisphères cérébraux, très-intime sous la fracture; *ramollissement* de la substance cérébrale inégalement prononcé dans les deux lobes, et ne se continuant ni dans les moyens, ni dans les postérieurs. Sous la fracture et dans le lobe cérébral correspondant, corps *jaune verdâtre*, dense, du volume d'un œuf de pigeon, de même forme, présentant des *expansions irré-*

gulières, adhérent aux membranes encéphaliques, et offrant à son centre des granulations distinctes; altération de la substance cérébrale, plus grande aux environs de ce corps que dans tous les autres points; en cet endroit, espèce de trame vasculeuse résistante; nerfs olfactifs réduits à des filamens très-minces; nerfs optiques, et surtout le gauche, aplatis et atrophiés au-devant de l'entrecroisement.

§. I. A la suite d'une fracture du coronal avec enfoncement, le malade reste dix-sept jours sans connaissance, etc... Après la mort on trouve sous l'endroit fracturé les méninges adhérentes et un *corps* d'un *jaune verdâtre, dense, à expansions irrégulières*, uni lui-même aux membranes. En quoi ce *corps* différait-il des indurations décrites dans les observations précédentes? Il était plus épais; mais une portion d'os ayant été enfoncée dans la cavité du crâne, on conçoit que l'inflammation de la substance cérébrale a dû s'étendre très-profondément. D'ailleurs, les *expansions irrégulières* que présentait ce *corps* lui donnent plus de ressemblance avec une *cicatrice rayonnée* qu'avec une tumeur ordinaire.

§. II. La perte de la vue s'explique assez par l'atrophie des nerfs optiques. Quant aux symptômes observés quelques jours avant la mort, tels que la résolution complète des forces, le relâchement de tous les sphincters, etc., ils doivent être attribués à l'inflammation des deux lobes antérieurs, puisqu'on les a trouvés *ra-*

mollis : les phénomènes ont été généraux, parce que la dernière maladie affectait les deux hémisphères.

§. III. M. Gama partant de cette vérité incontestable et incontestée, que les fonctions intellectuelles n'ont pas leur siége dans l'arachnoïde, refuse d'admettre que l'inflammation de cette membrane puisse être cause du délire.

Je crois avoir suffisamment réfuté d'avance cette grave objection, si souvent reproduite dans le mémoire de M. Gama et dans tant d'autres qui l'ont précédé ou suivi; mais je dois vous faire observer que chez le malade en question, le délire n'a pu être produit par l'inflammation du cerveau, puisqu'il est évident que l'encéphalite a été causée par la chûte survenue pendant un *accès de délire ;* tandis qu'il est très-naturel de l'attribuer à la méningite qui a produit l'adhérence des membranes *à la surface antérieure des deux hémisphères.*

N° 4.

Coup violent, céphalalgie, convulsions. — *Induration du cerveau adhérent aux méninges*, *etc.* (Observation du docteur Anderson ; voyez Abercrombie, *On desease of the brain*, p. 120.)

« Un homme reçut à la partie postérieure de la tête un coup violent, produit par la chûte d'une vergue de vaisseau, dans le moment où il était

courbé au-dessous. Quelque temps après il éprouva dans cette partie une douleur qui augmenta graduellement. Dix-huit mois après, il eut des accès de convulsions générales, dont la violence mit fin à sa vie au bout de quelques mois.

» La partie postérieure des deux hémisphères était *enflammée* et *très-endurcie*. Les surfaces malades adhéraient intimement à la dure-mère et à la faux. La dure-mère en cet endroit était endurcie et épaissie. »

§. I. Le docteur Abercrombie ne dit pas dans quel ouvrage il a puisé cette observation, qu'il attribue à Anderson ; en sorte que je n'ai pu savoir si dans l'original elle contient quelques détails plus circonstanciés sur les symptômes et les altérations. Présentée isolément, elle serait absolument dépourvue d'intérêt ; commentée par celles qui précèdent, elle peut être comprise.

§. II. Morgagni (*De sed. et caus. morb. épist.* 9, *n*° 24) cite un fait semblable publié dans les *Nouveaux Commentaires de l'Académie des sciences de Saint-Pétersbourg*, T. Ier, *observ. anat.* 2. « Ab. Kaav trouva, entre autres choses, sur un marin sujet depuis long-temps à des accès d'épilepsie, et mort subitement dans un de ces accès qui fut extrêmement violent, la substance corticale du cerveau non-seulement fort endurcie partout, mais encore squirrheuse en plusieurs endroits, et comme cartilagineuse en quelques autres, surtout près du sommet du crâne.

N° 5.

Maladie vénérienne; épilepsie; état soporeux. — *Perforation du crâne; adhérence des méninges*; *endurcissement de la substance corticale; kyste dans la substance médullaire.* (Morgagni, Lettre 9, n. 25; Obs. de Médiavia.)

« Une femme portait à la partie supérieure du front deux tumeurs vénériennes, de l'espèce de celles qu'on appelle *gommes*. On lui fit prendre du mercure qui produisit de la salivation. Celle du côté *gauche* disparut; celle du côté droit persista. A la place de la première, il parut une *saillie pulsative*. Il était certain que cette femme avait eu des accès d'épilepsie avant d'avoir pris du mercure; elle en eut un vers le milieu du traitement. Quand il fut fini, elle fut de nouveau agitée de mouvemens convulsifs, accompagnés d'écume à la bouche. Enfin, elle tomba dans une espèce d'assoupissement taciturne, sans paralysie d'aucune partie du corps, et mourut vers le milieu d'octobre 1739.

» En examinant avec soin le crâne et le cerveau, on vit que cette saillie dont j'ai parlé, était couverte par une membrane aussi épaisse que l'espèce de papier très-fort que nous appelons *carton*, mais si peu résistante, que quand on la froissait entre les doigts, elle se déchirait facilement. Cette membrane tenait la place des deux méninges, car elle était appliquée sur la

substance corticale du cerveau, qui, *jusqu'à la médullaire*, était plus *dure* que de coutume : elle avait la consistance du *foie.* Mais le reste de l'hémisphère gauche était au contraire plus *mou* qu'à l'ordinaire, *excepté en arrière.* Dans le même hémisphère, était une cavité de la capacité d'une petite noix, dont les parois formées par la substance médullaire, étaient livides et très-molles. Il en sortit d'abord, lorsqu'elle fut ouverte vers le sommet, une humeur noirâtre, puis un liquide inodore, qui avait l'aspect et la couleur de la sérosité, et dans lequel nageaient des espèces de filamens : cette cavité faisait saillie dans la partie antérieure du ventricule latéral, avec lequel elle ne communiquait cependant pas, non plus qu'avec la saillie que j'ai décrite ; il y avait même entr'elles une distance de deux travers de doigts. A cette saillie correspondait une perte de substance de la voûte du crâne. Les bords de ce trou de forme elliptique étaient aussi réguliers que si on les eût adoucis avec la lime. On ne rencontra rien de remarquable dans l'hémisphère droit du cerveau. Quant à la tumeur du côté droit du crâne qui n'avait pas disparu, elle avait rongé une partie de l'os, mais n'était pas encore arrivée à la surface interne. Dans un autre endroit où l'os manquait entièrement, il y avait au-dessous une membrane épaisse. Est-ce qu'une tumeur semblable aurait existé dans cet endroit, et aurait été guérie par le traitement mercuriel ? »

§. I. Il n'est plus ici question de coup, ni de chûte; mais, à cela près, cette observation ressemble tout-à-fait aux précédentes. L'inflammation a procédé par l'extérieur, car une tumeur gommeuse n'est autre chose qu'une inflammation du périoste, due à une cause spécifique; peu-à-peu elle s'étend aux parties voisines, les ramollit et les détruit: c'est ainsi que se perfore l'os, que s'usent le tissu cellulaire et la peau. Elle commence ordinairement par le périoste, parce qu'il est exposé aux injures extérieures; mais j'ai vu des cas où elle avait débuté par la dure-mère. Quoi qu'il en soit, l'inflammation peut gagner jusqu'au cerveau, comme on le voit dans l'observation de Médiavia. L'une des tumeurs gommeuses avait détruit seulement une partie de l'os; une autre avait produit une perforation complète; l'os était remplacé par une membrane *épaisse;* une autre avait déterminé une inflammation plus grave, qui s'était terminée par l'adhérence des méninges et l'induration de la surface sous-jacente du cerveau.

Plus tard une nouvelle inflammation, provoquée sans doute par la première altération, a produit le ramollissement de la portion sous-jacente du cerveau.

C'est en effet ce que prouve le rapprochement de divers passages de cette observation. Il est dit dans le commencement qu'une saillie pulsative remplaça la tumeur gommeuse du côté *gauche* du front. Or, la portion de la *substance corticale*, qui était endurcie, correspondait à *la membrane épaisse* qui recouvrait cette *saillie*, c'est-à-dire à la partie *antérieure* de l'hé-

misphère *gauche ;* d'un autre côté, il est dit un peu plus loin que « le reste de l'hémisphère *gauche* était au contraire *plus mou qu'à l'ordinaire*, *excepté en arrière :* c'était donc le lobe *antérieur gauche* qui était ramolli ; c'est-à-dire, que la dernière inflammation s'était développée au-dessous de la cicatrice laissée par la première.

Quant à la *saillie pulsative* qui succéda à la perforation du crâne, il est clair qu'elle était due au soulèvement des méninges par les mouvemens expansifs du cerveau.

§. II. Vous trouverez dans Zecchius (consult. IX) une observation que Bonet a citée dans plusieurs endroits (voyez entre autres l. 1, sect. 1, obs. 96 ; l. 1, sect. 12, obs. 3), et qui paraît, sous tous les rapports, avoir la plus grande analogie avec celle de Médiavia ; mais elle est si incomplète qu'elle ne mérite pas d'être rapportée.

J'en dirai autant de deux autres observations de même nature citées également par Bonet (l. 1, sect. 1, obs. 97 et 100), mais encore plus laconiques, et par conséquent plus obscures : l'une est de Rhodius (centur. 1), l'autre de Léonard Botal.

Je vous ai déjà dit ce que je pensais de l'utilité de pareils faits ; mais j'ai dû vous les indiqner, quand ce ne serait que pour justifier mes réflexions au sujet des anciens observateurs.

N° 6.

Gonflement du péricrâne, céphalalgie, nausées, engourdissement. Mort subite. — *Épaississement cartilagineux de la dure-mère occipitale et rachidienne; induration; ramollissement du cervelet.* (*Medical reposit.*, vol. VIII.)

Un officier âgé de 27 ans, éprouvait depuis très-long-temps un léger épaississement du péricrâne, des nausées constantes, de fréquens vomissemens, des maux de tête et un malaise général. Il se plaignit ensuite d'un engourdissement dans tout le côté droit. Cinq semaines après il mourut subitement pendant la nuit.

La dure-mère qui recouvrait le cervelet à sa partie *postérieure* et *inférieure*, était épaissie et cartilagineuse; dans les points correspondans, cette altération s'étendait considérablement dans la substance du cervelet; d'autres parties de cet organe étaient ramollies : les membranes de la moelle épinière étaient dures et épaissies; les viscères thoraciques et abdominaux étaient sains.

§. I. Cette observation a quelque analogie avec celle de Médiavia. L'inflammation paraît avoir commencé par le péricrâne; vous savez qu'il se continue autour du trou occipital avec la dure-mère crânienne et vertébrale; c'était la dure-mère correspondante à la partie *inférieure* et *postérieure* du cervelet qui était *épaissie*

et *cartilagineuse;* c'était par conséquent la portion de dure-mère la plus voisine du trou occipital, qui participait à la maladie du péricrâne. C'est probablement aussi de là qu'elle s'est étendue aux membranes de la moelle. Le siége primitif de la maladie autour de l'origine de la moelle, et par conséquent des nerfs pneumo-gastriques, explique suffisamment les nausées, les vomissemens, le malaise général, etc. Quant à l'engourdissement du côté droit, survenu cinq semaines avant la mort, il était dû à l'extension de la maladie au cervelet. Il est fâcheux qu'on n'ait pas indiqué d'une manière précise si cette induration cartilagineuse occupait un côté plus que l'autre, et quel était ce côté. La mort subite a été causée par une nouvelle inflammation plus violente, plus étendue, comme le prouve le ramollissement des autres parties du cervelet. Ce cas rentre donc dans les précédens.

N° 7.

Pendant trois ans, attaques comme apoplectiques accompagnées de convulsions; paralysie du côté *droit;* convulsions hystériformes. Mort le troisième jour. — *Lobe antérieur* gauche *adhérent à la dure-mère, endurci à sa surface, ramolli plus profondément; deux indurations rouges dans le cervelet; traces de méningite aiguë.* (Bouillaud, *Traité de l'encéphalite*, obs. 8.)

« Camus (Joséphine), âgée de cinquante-six ans, couturière, d'un tempérament irritable et sanguin, était

sujette, depuis trois ans que ses règles avaient cessé, à des attaques comme *apoplectiques*, qui revenaient assez régulièrement, nous dit-on, toutes les six semaines, précédées de maux de tête violens et d'étourdissemens. Pendant ces attaques, la malade était prise de *convulsions* et perdait la parole. Le 16 août 1822, elle éprouva une attaque très-forte. Le lendemain, elle fut transportée à l'hôpital Cochin. Alors perte absolue de la parole, tête et bouche tournées à gauche. Si l'on fait tirer la langue à la malade, la pointe oblique à droite; les membres droits sont paralysés: cependant, si l'on pince la peau de ce côté, le visage de la malade prend l'expression de la douleur, et elle cherche à éloigner avec son bras gauche la main qui fait cette douloureuse expérience. Pupille gauche plus dilatée que la droite, odorat bien conservé, respiration naturelle, pouls dur, fort, plutôt lent que fréquent. Presque toutes les cinq minutes surviennent des convulsions caractérisées par un roidissement du tronc et de tous les membres, sans en excepter ceux qui sont paralysés; le bras gauche surtout est élevé et fortement tendu; agitation des lèvres et des mâchoires, clignotement rapide, contorsion des yeux, grimaces, agitation des muscles du bassin, soupirs précipités, cris étouffés. — Pendant ces violentes convulsions qui ne durent guère qu'une minute, la face rougit et s'injecte; la respiration est précipitée, le pouls accéléré; elles sont suivies de stupeur et d'assoupissement; on les excite en pinçant fortement et pendant un

certain temps les membres paralysés. *Diagnostic*, phlegmasie cérébrale. *Prescription*, saignée des deux pieds.

» Le soir du jour de l'entrée, les attaques sont moins fréquentes; la peau est chaude; la face présente un aspect idiotique et parfois un sourire stupide; la langue est sèche, la déglutition facile, la tête injectée. (*Cinquante sangsues sur le trajet des jugulaires, infusion de tilleul, lavement purgatif.*)

» Le lendemain 18, face toujours très-injectée; peu d'amélioration. (*Larges sinapismes aux jambes.*)

» Le 19, les pulsations de l'artère radiale sont tellement rapides que nous en avons compté cent soixante-quinze par minute : elles sont tellement molles et fugitives, qu'elles effleurent le doigt plutôt qu'elles ne le frappent. Toutefois, cet état du pouls se dissipe quelque temps après les convulsions, et celui-ci reprend les caractères que j'ai indiqués plus haut. Les spasmes attaquent plus particulièrement les membres paralysés; par intervalles seulement, l'avant-bras gauche résiste à l'extension; la langue est sèche, croûteuse, immobile; la déglutition très-laborieuse. (Vésicatoire aux jambes.) Le soir, l'intelligence n'est point revenue; le visage est pâle et décomposé. Dans l'état de calme ou *d'apyrexie* convulsive, les membres droits sont dans une résolution complète; ceux du côté opposé sont dans une demi-résolution seulement. Le pouls est *continuellement* mou, précipité, fugace; la peau est recouverte de sueur; la respiration inégale, intermittente (trente ins-

pirations par minute). Les battemens du cœur sont proportionnellement plus forts que ceux du pouls. Les convulsions intermittentes continuent jusqu'à onze heures du soir que la malade meurt.

» *Autopsie cadavérique* quinze heures après la mort. 1° *Habitude extérieure.* Le cadavre, encore chaud, est celui d'une femme assez robuste, conservant de l'embonpoint et bien constituée. 2° *Tête.* Injection et rougeur générale des méninges et de la substance cérébrale ; dans toute l'étendue du lobe antérieur gauche, excepté à sa face inférieure, l'arachnoïde cérébrale adhère à l'arachnoïde pariétale. En arrière, l'adhérence est molle, gélatineuse, légèrement celluleuse ; mais elle devient tellement intime en avant, qu'il est impossible de la détruire sans déchirer la substance grise. Le feuillet de l'arachnoïde qui revêt la dure-mère, en ayant été séparé avec soin, est fort épaissi et comme fibreux ; le feuillet cérébral, également épaissi, est comme confondu avec le substance grise des circonvolutions cérébrales, *dont la surface partage la résistance et la dureté de la méningine ;* mais au-dessous la substance est ramollie, diffluente, rouge, injectée, et parsemée de petits épanchemens sanguins ; le ramollissement commençait à atteindre la substance blanche du même lobe, qui est un peu molle et flavescente. La face supérieure du lobe antérieur droit est légèrement agglutinée avec la dure-mère ; quant au lobe lui-même, il n'est point ramolli, mais simplement injecté. La cavité de l'arachnoïde contient une sérosité rougeâtre, plus

abondante dans les ventricules et le canal rachidien qu'ailleurs. Au centre de chaque hémisphère du cervelet, existe un noyau de la grosseur d'une olive, où la substance se distingue de celle qui l'environne, par sa consistance plus grande, sa fragilité et sa couleur d'un rouge gris mêlé de jaune. 3° *Poitrine*. Les poumons sont parfaitement sains, adhérens aux parois thoraciques. Le cœur est robuste, mais bien proportionné. 4° *Abdomen*. L'estomac et le canal intestinal présentent en certains points de la rougeur et de l'injection. On trouve deux gros vers lombrics; l'un dans l'intestin grèle, l'autre dans le colon. La cavité de l'utérus et celle du haut du vagin sont abreuvées d'un liquide puriforme : ces parties sont plus injectées que dans l'état normal. Les ovaires, comme flétris, contiennent de grosses vésicules jaunâtres, résistantes. »

§. I. M. Bouillaud, malgré la rare perspicacité dont il a donné des preuves dans tout le cours de son important ouvrage (1), n'a vu dans cette observation que la maladie qui a causé la mort. Tâchons d'en prendre une idée plus complète.

---

(1) Le *Traité de l'encéphalite* n'est pas moins remarquable par les faits qu'il contient que par la manière dont ils sont appréciés. Les idées de l'auteur sont en général larges et justes. Sa bonne foi dans toutes les discussions est surtout digne d'éloges. Après cette déclaration franche de mon opinion sur son ouvrage en général, j'espère qu'il ne verra pas avec peine les objections de détail que je croirai devoir lui adresser.

La femme dont il vient d'être question, après avoir cessé d'être réglée, éprouva des *attaques* dont le retour périodique paraît avoir été provoqué par l'influence des époques menstruelles; elles furent graves, si l'on en juge par les symptômes qui les précédaient et les accompagnaient.

Les expressions employées pour les caractériser méritent quelque attention : « C'étaient, dit-on, des » attaques *comme apoplectiques*, pendant lesquelles la » malade était prise de convulsions. » D'un autre côté, dans le cours de la dernière maladie, « les membres » droits étaient *paralysés*...; presque toutes les cinq mi- » nutes survenaient des convulsions. » Les symptômes de cette dernière maladie ressemblèrent donc exactement à ceux des *attaques* précédentes; seulement ils furent plus intenses, plus prolongés : aussi, cette fois, la malade a-t-elle succombé. Ce rapprochement était si naturel, qu'il se trouve en quelque sorte consigné dans l'observation : « Le 22 août, elle éprouva *une attaque plus forte*, etc., etc. » Ainsi l'auteur lui-même assimile la dernière maladie aux attaques précédentes.

Si les symptômes n'ont différé que par leur intensité, ils doivent avoir été produits par des causes semblables; c'est, en effet, ce que prouve l'ouverture du cadavre. A la surface de l'hémisphère *gauche*, une adhérence plus ou moins forte unissait les deux feuillets de l'arachnoïde; molle et gélatineuse en arrière, un peu plus loin légèrement celluleuse, elle était tellement intime en avant, qu'il fut impossible de la

détruire sans déchirer la substance grise : là, les deux feuillets de l'arachnoïde étaient épaissis, fibreux, etc., etc., c'est-à-dire, que des méningites plus ou moins anciennes et d'une intensité variable, s'étaient succédées à la surface de cet hémisphère. Des traces d'une méningite plus récente existaient aussi à la surface de l'hémisphère *droit;* c'était une agglutination légère du lobe antérieur avec la dure-mère; elle devait avoir été produite par la dernière méningite.

A la partie antérieure de l'hémisphère *gauche*, à l'endroit où les adhérences étaient plus intimes, la substance grise des circonvolutions était *comme confondue* avec le feuillet cérébral de l'arachnoïde, et partageait *la résistance et la dureté de la méningine.* La surface du cerveau avait donc participé à l'inflammation des membranes, à l'endroit où elle avait été plus intense; *au-dessous* de cette induration, la substance cérébrale était *ramollie*, *rouge*, *injectée*, etc. Ce ramollissement était évidemment le produit de la dernière encéphalite. La maladie qui a causé la mort a donc consisté en une encéphalite compliquée de méningite; aussi s'est-il manifesté deux ordres de phénomènes: les uns spasmodiques, généraux, revenant par accès; les autres paralytiques, permanens et bornés à la moitié du corps opposée à l'hémisphère malade. (Voyez l'observation 1re et toutes celles que je vous ai rappelées à cette occasion.) Les symptômes des autres attaques doivent s'expliquer de la même manière,

comme l'attestent les adhérences anciennes des méninges et l'induration des circonvolutions sous-jacentes.

Une autre altération existait au centre de chaque hémisphère du cervelet; elle avait beaucoup de ressemblance, pour l'aspect, pour la couleur et la densité, avec les indurations décrites dans les observations 17, 19 et 20 de la lettre précédente, et probablement elles étaient dues à la même cause et avaient aussi leur siége dans le corps rhomboïde. Quel rôle a joué cette maladie du cervelet dans les nombreuses attaques qui ont succédé à la *ménopause*, et semblent avoir subi l'influence des époques menstruelles? Quel rapport existe-t-il entre elle et le *liquide puriforme qui abreuvait la cavité de l'utérus et celle du haut du vagin;* entre ces deux altérations et le caractère *vraiment hystériforme* que M. Bouillaud croit avoir remarqué dans plusieurs symptômes de la dernière maladie? etc., etc. C'est ce que je ne chercherai pas à décider, car j'avoue mon incertitude quant aux liaisons qui peuvent exister entre le cervelet et les organes génitaux; mais ce qui est très-probable, c'est que la production de ces indurations a été accompagnée de phénomènes morbides ; c'est que plusieurs des attaques n'ont pas reconnu d'autre cause, et qu'il eût été possible de les distinguer, si l'on eût tenu compte des différens caractères qu'elles ont dû présenter.

En résumé, M. Bouillaud a envisagé cette observation d'une manière fort incomplète, en ne tenant

compte que de la dernière maladie, et l'on en prendrait une idée fausse en n'y voyant qu'une *seule* maladie *chronique*. Les attaques qui se sont succédées pendant trois ans, doivent être rapprochées de celle qui a déterminé la mort; elles n'ont différé entr'elles que par l'intensité de la cause de chaque accès, et par quelque variation dans le siége principal de la maladie.

§. II. M. Bouillaud se demande à quelle cause il faut attribuer l'accélération de la circulation pendant les attaques convulsives, non-seulement chez cette malade, mais encore dans tous les cas analogues. Il me semble qu'il est inutile de chercher cette cause autre part que dans la contraction violente de tous les muscles du corps; contraction qui refoule vers le cœur une plus grande quantité de sang qu'à l'ordinaire, ainsi qu'on l'observe dans tous les exercices violens.

§. III. Le ramollissement ayant eu son siége dans le *lobe antérieur*, M. Bouillaud a eu soin de faire remarquer que la malade avait conservé *la faculté de tirer la langue et d'avaler, en même temps qu'elle était entièrement privée de l'usage de la parole*. J'avoue que ce fait paraît favorable à l'opinion de l'auteur; mais avant d'en rien conclure, lisez les trois observations suivantes.

N° 8.

Coups à la tête, céphalalgie, vertiges, somnolence; deux améliorations; convulsions épileptiformes, paralysie du côté gauche.—*Induration fibro-cartilagineuse de la surface du lobe antérieur* gauche, *adhérente à la dure-mère épaissie; ramollissement étendu de la substance cérébrale sous-jacente.* (*Revue médicale*, t. 1, janvier 1826, p. 137, obs. du docteur Wedemeyer.)

« Un militaire en retraite, âgé de cinquante-deux ans, avait reçu en 1812 un coup de sabre sur le côté gauche du crâne, et en 1815, à Waterloo, un coup de pied de cheval sur le pariétal droit. Au mois d'avril 1820, cet homme se plaignit d'une céphalalgie continuelle, de vertiges et d'étourdissemens; il ne restait d'autres traces de ses blessures qu'une cicatrice aux tégumens crâniens du côté *gauche;* les os paraissaient être dans leur état normal: des saignées générales, un vésicatoire, et le calomel, administré jusqu'à la salivation, suivant la mauvaise habitude de beaucoup de médecins allemands, soulagèrent un peu le malade. Au mois de décembre de la même année, il fut atteint d'une psorophthalmie et d'une amaurose incomplète de l'œil *gauche*, avec dilatation de la pupille; ces affections s'accompagnaient de vertiges, de céphalalgie et d'un état de somnolence, sans fièvre et sans symptômes généraux remarquables. Les moyens déjà employés le furent encore, et les accidens

se dissipèrent presque complétement. La suppuration de l'exutoire ayant cessé, l'état du malade empira, et ne redevint meilleur qu'après l'établissement d'un cautère au bras gauche.

» Le 13 mars 1821, à quatre heures du matin, cet homme éprouve tout-à-coup des vertiges, un tremblement des membres, et perd l'usage de ses sens. (*Saignée de douze onces.*) Tous ces symptômes acquièrent une intensité progressive. Le soir, à neuf heures, le malade a perdu complétement sa connaissance; des convulsions épileptiformes se manifestent, et le côté *gauche* est frappé de *paralysie.* (*Nouvelle saignée, vésicatoire, deux sinapismes aux pieds, sulfate de magnésie avec tartre stibié.*) Mort à neuf heures et demie.

» *Nécroscopie.* Épaisseur considérable des os du crâne qui ne portent aucune trace d'anciennes lésions; *épaisseur remarquable* de la dure-mère, qui recouvre le lobe antérieur *gauche*, lequel a contracté de faibles *adhérences* avec cette membrane. Ce lobe est converti, dans une étendue de deux pouces en longueur et d'un pouce de largeur, en une masse dure, *squirrheuse*, dont la texture ressemble à celle des *fibro-cartilages*, et qui entoure une substance grise, *semi-fluide*, *puriforme*, dans laquelle on trouve plusieurs hydatides. Cette dernière dégénérescence se prolonge jusqu'au ventricule latéral gauche, et atteint le corps strié. Les os sur lesquels reposait la partie malade sont détruits par la carie dans une grande étendue. Les autres parties de l'encéphale et de ses dépendances sont saines. »

§. I. Quoique cette observation ait pour titre *squirrhe du cerveau*, quoique l'altération soit appelée *squirrheuse*, il est évident qu'il ne s'agit pas ici d'une véritable affection cancéreuse, mais d'une induration membraniforme, *fibro-cartilagineuse*, semblable à celles que nous venons d'examiner, et due à la même cause.

En effet, cet homme avait reçu en 1812, sur le côté gauche de la tête, un coup de sabre qui avait laissé une cicatrice aux tégumens ; la dure-mère correspondante avait une épaisseur *remarquable* et adhérait au cerveau: l'induration sous-jacente était donc, comme dans les cas précédens, le résultat de l'inflammation produite par un coup. C'était une *cicatrice* semblable à celle qui existait à l'extérieur du crâne.

§. II. Le malade a joui long-temps d'une santé parfaite ; puis à deux époques distinctes il a éprouvé de la céphalalgie, des vertiges, de la somnolence. Ces accidens ont été combattus deux fois avec succès; mais tout-à-coup une attaque violente a été promptement suivie de la mort. Au-dessous de l'induration, la substance grise était *semi-fluide*, *puriforme* ; le ramollissement allait jusqu'au ventricule, et atteignait le corps strié. L'étendue de l'inflammation explique bien la violence des symptômes et la promptitude de la mort. Il est probable que chacune des deux attaques antérieures était due à une affection semblable, mais peu intense, que le traitement aura fait avorter.

Quant aux hydatides trouvées au milieu de la sub-

stance cérébrale en suppuration, voyez l'observation de Médiavia, n° 5.

§. III. Remarquez qu'ici l'altération avait son siége à la surface du lobe antérieur du cerveau, comme dans l'observation précédente, et qu'à aucune époque le malade n'a éprouvé de gêne dans la parole. (Voyez aussi l'observation de J. Brunier, n° 1.)

N° 9.

Phthisie pulmonaire, perte de la parole. Mort subite. — *Induration à la surface du lobe moyen; ramollissement de la circonvolution sous-jacente; injection cérébrale considérable; tubercules et cavernes dans les poumons.*

Lafosse (Pierre), cordonnier, âgé de trente ans, admis le 30 octobre dans la salle du Rosaire de l'Hôtel-Dieu, offrait tous les symptômes de la phthisie : taille élancée, poitrine étroite, membres longs, épaules *ailées*, voix rauque, maigreur extrême survenue rapidement, toux fréquente, surtout la nuit, accompagnée de fièvre et de sueurs partielles; pectoriloquie sous la clavicule droite, crachats épais, opaques, abondans. (Tisanes adoucissantes, juleps, looks, etc.)

Dans la nuit du 7 au 8 novembre, parole embarrassée. A la visite du matin, le malade *bégaye, hésite en parlant, ne peut faire entendre que quelques monosyllabes et des sons inintelligibles; il semble se fâcher de ce que les*

expressions lui manquent, et se sert alors de ses gestes pour se faire comprendre; ce qui prouve qu'il n'a pas perdu la faculté de créer des idées, mais celle de les exprimer par la parole. Ce *bredouillement* est accompagné d'une espèce de sourire sardonique qui a l'air niais, en ce qu'il ne se rapporte à rien. Du reste, pas de déviation de la bouche ni de la langue, qui conservent toute la liberté de leurs mouvemens; pas de paralysie ni même de faiblesse dans les membres, nulle céphalalgie, enfin aucun autre symptôme que cet *embarras de la parole.* (Infusion de fleurs de tilleul et d'oranger, sinapisme aux pieds.) Dans la soirée, même état. On engage le malade à indiquer par écrit la nature de son mal, comment il en a été pris, etc.; on ne peut déchiffrer que quelques mots de ses réponses, parce qu'il sait à peine écrire; mais ces mots expriment sa pensée aussi bien qu'il a jamais pu la rendre de cette manière.

Le 9, rien de nouveau. Dans la nuit, le malade se lève pour aller à la selle; l'infirmier de veille ne remarque rien qui l'engage à s'approcher de son lit.

Le 10 au matin, on trouve le malade couché sur le dos, sans connaissance, sans mouvement, sans sentiment, presque sans chaleur et sans pouls; la respiration est bruyante, saccadée; la face bleuâtre s'injecte de plus en plus, et le malade succombe à neuf heures du matin.

Nécroscopie vingt-quatre heures après la mort. Maigreur considérable, roideur cadavérique assez forte.

Encéphale. Il s'écoule une grande quantité de sang après l'enlèvement des os du crâne. La substance cérébrale est peu consistante, et les plus petits ramuscules sanguins sont plus injectés que de coutume. A la surface inférieure du *moyen lobe*, en dehors de la couche des nerfs optiques et des corps striés, *endurcissement cartilagineux en forme de cupule*, de l'étendue d'une pièce de trois francs, résistant et criant sous le scalpel, emboîtant pour ainsi dire la circonvolution sous-jacente ; substance grise de cette circonvolution, *ramollie et pénétrée de sang récemment infiltré ;* substance blanche également ramollie et d'une teinte *jaunâtre.*

Poumons. Remplis de tubercules : au sommet du droit, vaste caverne; dans le gauche, excavations plus petites.

§. I. Cette induration ressemblait exactement à celle de l'observation précédente, par sa consistance, par son étendue et même par sa forme ; elle *emboîtait,* pour ainsi dire, une circonvolution ramollie ; l'autre *entourait* un ramollissement, etc. etc. Seulement ici nous n'avons eu aucun renseignement sur les circonstances qui ont accompagné la formation de cette *cicatrice,* parce que l'attention, exclusivement fixée sur la maladie du poumon, n'a été ramenée vers la tête que quand le malade s'est trouvé hors d'état de répondre aux questions qu'on lui a adressées.

Quoi qu'il en soit, le cerveau avait entièrement repris toutes ses fonctions, lorsqu'une nouvelle inflammation

se développa tout-à-coup au-dessous de l'altération ancienne, et produisit le ramollissement des deux substances, avec cette circonstance si commune, que la substance grise contenait beaucoup de *sang infiltré*, tandis que la blanche était d'une teinte *jaunâtre*.

La mort qui eut lieu subitement deux jours après, doit être attribuée à un véritable *coup de sang*, comme le prouvent les symptômes de congestion cérébrale, brusque, générale, observés dans les derniers instans de la vie, ainsi que la grande quantité de sang qui, pendant la nécroscopie, s'est écoulée de la dure-mère et des plus petits ramuscules du cerveau; remarquez d'ailleurs que le malade était arrivé au dernier degré de la phthisie pulmonaire, lorsque cette grave et soudaine congestion arriva.

§. II. Le seul symptôme qui ait accompagné l'encéphalite survenue deux jours avant la mort, consista dans la *perte de la parole*. La bouche n'était nullement déviée; la langue jouissait de tous ses mouvemens; le malade avait conservé toutes ses facultés intellectuelles, et en particulier la mémoire des mots, puisqu'il les écrivait aussi bien que le lui permettait son éducation négligée. Ce cas présente donc les conditions les plus favorables pour la solution de l'importante question traitée par M. Bouillaud; mais il est tout-à-fait contraire à son opinion, car la circonvolution ramollie occupait, non pas le *lobe antérieur*, mais cette partie inférieure du lobe moyen qui correspond à la couche des nerfs optiques et aux corps striés. Dans le

cas précédent, au contraire, il ne paraît pas qu'on ait remarqué parmi les divers symptômes d'affection cérébrale survenus à diverses époques, la moindre altération dans l'usage de la parole, et cependant c'était le lobe antérieur qui était altéré.

Ces deux observations sont donc, chacune à leur manière, en opposition avec l'opinion de M. Bouillaud.

Au reste, il suffit, sans aller plus loin, de lire son ouvrage avec quelque attention, pour en trouver plusieurs analogues; il en est une surtout qui m'a frappé, non-seulement parce qu'elle détruit complétement l'hypothèse de l'auteur, mais encore parce qu'il l'a placée précisément en tête de ses réflexions sur ce sujet. Puisque j'ai entamé cette discussion, permettez-moi de ne pas la quitter, sans vous avoir fait connaître ce fait important. Je le rapporterai textuellement avec tous ses accessoires.

§. III. « *Observation* 33e. — *Soixante-quatorze ans : paralysie de tout le côté droit, perte de la parole, abcès enkysté, et ramollissement de l'hémisphère gauche.*

» Clérin, jardinier, âgé de soixante-quatorze ans et demi, avait été frappé d'apoplexie depuis peu de temps, lorsqu'il entra à l'hôpital. Immobilité, stupeur, engourdissement général, parole nulle, audition très-obtuse, déviation de la bouche à gauche; peu-à-peu la stupeur disparut, et le côté gauche recouvra l'usage de ses mouvemens. La jambe et le bras droits restèrent immobiles, celui-ci fléchi sur la poitrine, celle-là dans

un état d'extension; la bouche était constamment déviée à gauche. La physionomie, triste et abattue quand le malade était seul et abandonné à lui-même, se déridait tout-à-coup, lorsque, à la visite, on l'entourait, et on l'excitait, soit par des propos, soit en le pinçant; il était sensible à la plaisanterie; dans ses yeux, dans sa figure, se peignaient toutes les émotions de son âme. Il ne pouvait prononcer que les monosyllabes, *be*, *a*, *o*, et dans sa colère, il articulait la première avec une force et une étonnante rapidité. Quelques jours avant sa mort, qui arriva dans le cinquième mois, il s'affaissa tout-à-coup, et tomba dans une profonde tristesse. — A l'ouverture, M. Serre annonça la nature et le siége de la maladie.

» *Autopsie cadavérique.* Sinus de la dure-mère gorgés de sang, ramollissement de l'hémisphère gauche du cerveau, depuis l'extrémité du lobe postérieur jusqu'aux faisceaux supérieurs du corps strié. Dans le lobe moyen, existait un foyer contenant un liquide séro-purulent; en y faisant découler de l'eau, nous vîmes aussitôt surnager et flotter une matière floconneuse, au milieu de laquelle se trouvaient une foule de petits vaisseaux rouges, adhérent par une de leurs extrémités à la substance cérébrale. Au-dessus de la couche du nerf optique, dans la partie du ramollissement qui lui correspondait, on remarqua un réseau d'une extrême ténuité, formé de filamens entre-croisés de diverses manières, nageant dans l'eau que l'on versait sur eux, les uns blancs, les autres rouges, tous adhérent

par l'une de leurs extrémités. Le reste du cerveau était sain.

» Essayons *maintenant*, ajoute M. Bouillaud, de déterminer la portion du cerveau à la lésion de laquelle correspond la perte de la parole, et la paralysie des muscles qui concourent à la production de cet important phénomène. Je ne sais pourquoi on ne s'est pas encore occupé d'un sujet non moins intéressant..., etc., etc. » (Ici se trouvent des réflexions très-judicieuses, mais trop étendues et trop connues pour que je les rapporte ; en voici seulement la conclusion : voyez page 159) « Suivant cette hypothèse, il faudra que, dans les cas où les lobules antérieurs du cerveau seront altérés, la parole soit plus ou moins dérangée, et réciproquement; il faudra de plus que la parole subsiste lorsque l'affection occupera des points du cerveau autres que les lobules indiqués. Nous allons en appeler aux faits, pour nous former une opinion à cet égard. »

Vous le voyez, il n'est pas possible de poser plus nettement la question : il y a même dans l'énoncé des conditions exigées de la part des faits invoqués, un redoublement de précautions qui annonce la confiance la plus entière dans leur réponse. Cependant celui qui précède immédiatement ces réflexions dépose tout-à-fait dans un sens contraire.

En effet, cette observation est du petit nombre de celles qui, par leur précision, ne peuvent donner lieu à plusieurs explications. Rien de mieux constaté que

la perte de la parole, puisque le malade ne pouvait prononcer que les monosyllabes *be*, *a*, *o*; il avait conservé toute son intelligence, puisqu'il était sensible à la plaisanterie, et que ses yeux et sa figure peignaient toutes les émotions de son âme : c'était donc uniquement la faculté d'exprimer sa pensée par des mots, qui lui manquait, et cependant rien de plus positif que l'absence de toute lésion dans le lobule antérieur.

Comment se fait-il que ce fait si opposé aux paragraphes qu'on vient de lire, le précède immédiatement, sans la moindre lacune, et lui serve pour ainsi dire de texte ou de préambule? Pourquoi M. Bouillaud le fait-il entrer, en quelque sorte, dans ses réflexions? Je suis persuadé qu'il a voulu par-là donner une preuve tacite de sa bonne foi accoutumée et de son entière abnégation de ses propres opinions; mais alors pourquoi n'a-t-il pas rappelé cette observation, après avoir fait la récapitulation de celles qui étaient favorables à son opinion? Pourquoi n'a-t-il pas indiqué dans le titre, d'une manière précise, le siége de l'altération, comme il ne manque jamais de le faire toutes les fois que la perte de la parole coïncide avec une lésion du lobule antérieur?

Ce qui est encore plus difficile à concevoir, c'est le silence qu'ont gardé sur cette observation ceux qui ont combattu l'opinion de M. Bouillaud. Comment, étant si bien en vue par la place qu'elle occupe, a-t-elle pu leur échapper? Cette inadvertance ne peut

s'expliquer que par l'espèce de dédain qu'on affecte aujourd'hui pour l'examen scrupuleux des faits un peu détaillés, et par l'impatience avec laquelle on parcourt les ouvrages profonds et de longue haleine, pour courir aux conclusions.

§. IV. Ayant remarqué que *M. Serre avait annoncé la nature et le siége de la maladie*, je désirais depuis long-temps savoir d'après quelles circonstances ce praticien avait porté un pronostic si sûr. Je viens enfin de découvrir le mémoire de M. Lacrampe-Loustaud, dans *la Revue médicale*, n° de mars 1824; mais je n'ai rien trouvé dans l'histoire des symptômes qui pût éclaircir mes doutes ; bien plus, les réflexions de l'auteur ont achevé de bouleverser toutes mes idées: ce passage est trop curieux pour que j'en retranche rien.

Réflexions. — « Nous voyons une *apoplexie des* » *plus foudroyantes*, à la suite de laquelle Clérin est » plongé dans une stupeur profonde qui disparaît peu- » à-peu, mais le bras et la *jambe* droite restent *entiè-* » *rement paralysés*. Quelle est la lésion du cerveau? » C'est un *ramollissement*. Où siége-t-elle? *Dans* la con- » vexité de l'hémisphère, *sur* les lobules postérieur et » moyen, dont la substance est ramollie et réduite en » bouillie. »

Combien de choses en peu de mots! avec quelle admirable précision le pronostic de M. Serre est justifié! Après les symptômes d'une *apoplexie foudroyante*,

que trouve-t-on ? Un *ramollissement*. Le bras et *la jambe* restent *entièrement* paralysés, et l'altération a son siége *sur* les lobules *postérieur* et *moyen*. Pour bien comprendre toute la force de ce dernier raisonnement, il faut se rappeler que MM. Serre et Lacrampe-Loustaud attribuent aux lobules antérieurs et à la partie antérieure des corps striés les fonctions des membres inférieurs. Ici donc *la jambe* étant restée, comme le bras, *complétement paralysée*, l'auteur a bien soin de nous faire remarquer que la partie du cerveau destinée aux fonctions de cette jambe *complétement paralysée*, était restée saine. Et comme s'il craignait que cette contradiction ne fût pas assez remarquée, il a soin de l'indiquer par des lettres italiques.

Voilà donc une observation qui, par une bizarre réunion de circonstances, se trouve en opposition directe avec les opinions du savant pour lequel elle a été recueillie, avec celles de l'observateur qui l'a publiée, et enfin avec celles de l'auteur qui l'a citée; et cette observation est rapportée, à côté de ces opinions, comme pour en faire voir le néant.

§. V. Encore un mot sur le mémoire de M. Lacrampe-Loustaud. Parmi les erreurs dont il abonde, il en est une que je ne puis passer sous silence. Vous y lirez (page 441, *Revue médicale*, n° de mars 1824) :

« Morgagni, tous les auteurs qui l'ont suivi, et, dans ces derniers temps, M. le professeur Lallemand......., disent que *les convulsions existent du côté opposé à*

la paralysie et correspondant à la lésion du cerveau. M. Serre ne partage pas cette opinion, qui me paraît aussi contraire aux faits. »

J'ai été d'autant plus surpris de cette assertion, que Morgagni attaque l'erreur qu'on lui prête, toutes les fois qu'il en trouve l'occasion (1), et que j'ai employé tout le XVIIIe paragraphe de la 3e lettre à combattre également cette opinion que j'appelle *absurde*, et à expliquer par quels faits mal observés on y a été conduit, par quels vices de raisonnement elle s'est propagée (2).

Mais qu'importe à M. Lacrampe-Loustaud? Il a dit que tout le monde s'était trompé, excepté M. Serre et lui; il a *pris date* en publiant ses découvertes et celles de son maître; il les a appuyées sur un grand nombre de faits nouveaux et extraordinaires: on sera bien forcé d'en parler!

N° 10.

Céphalalgie frontale, perte de l'odorat, accès d'épilepsie pendant deux ans. — *Épanchement de sang à la partie antérieure gauche du cerveau; du côté droit, endurcissement et adhérence intime de cet organe avec la dure-mère.* (Morgagni, lettre IX, n. 25; Obs. de Balth. Walthiei.)

Un homme de trente-cinq ans, d'une constitution

---

(1) Voyez surtout *Epist. anat.* 13, n°s 14, 17, 18, 22, et *De sed. et caus. morb. epist.* 51, n°s 46, 47 et 48.

(2) Voyez de la page 494 à la page 508.

maigre, affecté d'une céphalalgie frontale avec sentiment de pesanteur, après avoir eu recours pendant deux ans à un grand nombre de remèdes qui lui avaient été ordonnés par des médecins célèbres, éprouva une hémorrhagie nasale : le sang, après avoir coulé abondamment, s'arrêta de lui-même. Après cela, il perdit l'odorat, fut ensuite attaqué d'épilepsie, dont les accès revinrent plus fréquemment pendant deux ans, et mourut.

Le crâne ayant été ouvert, on trouva à la partie antérieure du cerveau, du côté gauche, une certaine quantité de sang épanché. Du côté droit, vers l'apophyse que les anatomistes appellent *crista-galli*, le cerveau était *dur*, *calleux*, et étroitement uni à la dure-mère. On ne remarqua rien autre chose contre nature.

§. I. Nous ne savons rien sur le début de la maladie; mais l'adhérence intime du cerveau à la dure-mère prouve assez que l'induration a été le résultat d'une ancienne encéphalite compliquée de méningite. Le siége des altérations au voisinage des nerfs olfactifs explique très-bien la perte de l'odorat, la céphalalgie *frontale*, l'hémorrhagie nasale, et enfin l'épanchement de sang trouvé à la partie antérieure de la cavité crânienne. C'est à la présence des altérations anciennes qu'il faut attribuer aussi les accès d'épilepsie; c'est à la surface de l'arachnoïde la plus voisine des adhérences que s'est opérée l'hémorrhagie; elle a dû avoir lieu pendant la dernière congestion épileptique; c'est sans doute cet épanchement qui a causé la mort.

§. II. Je croyais pouvoir vous citer un fait semblable, tiré de Lieutaud (*Hist. anat. med. lib.* 3, *obs.* 301); mais en y regardant de près je me suis convaincu que cette seconde observation n'était autre chose que celle que vous venez de lire, refaite et mutilée par Lieutaud, suivant sa coutume : bien entendu qu'il l'indique d'une manière assez vague pour que personne ne puisse la trouver.

N° II.

Accès convulsifs bornés au côté droit du corps. — *Induration et adhérence de l'hémisphère gauche.* (Obs. du docteur Anderson; Abercrombie, ouvrage cité, p. 120.)

Un homme âgé de quarante-cinq ans avait été sujet, pendant plusieurs années, à des attaques de convulsions qui ressemblaient à celles de l'épilepsie, avec cette différence que les convulsions étaient bornées à la moitié *droite* du corps. Elles revenaient à des intervalles irréguliers, le plus souvent de trois semaines ou d'un mois, et étaient suivies de stupeur pendant environ une demi-heure. Il périt d'un coup à la tête.

Une portion de l'hémisphère *gauche* du cerveau fut trouvée endurcie et intimement adhérente à la dure-mère, qui, en cet endroit, était très-épaisse et dure. On trouva, dans une partie de la tête, du sang extravasé, qui parut avoir été l'effet du coup et la cause de la mort.

§. I. Cette observation ressemble à toutes celles qui précèdent, avec cette différence seulement que les accès épileptiformes n'affectaient qu'une moitié du corps, celle qui était opposée aux altérations organiques. L'extrait du docteur Abercrombie manque de détails importans qui existent peut-être dans l'observation originale; mais il ne dit pas dans quel ouvrage Anderson l'a publiée.

N° 12.

Céphalée opiniâtre, déviation de la bouche à *droite*, parole embarrassée, fièvre *adynamique.* — *Induration*, *ramollissement dans l'hémisphère* droit. (Répertoire général d'anatomie, etc., t. 1, 2e trimestre 1826; Mémoire de M. Raikem, obs. 10.)

« Un jeune homme, placé au n° 18 de la salle St.-Antoine, était atteint depuis plusieurs mois d'une *céphalée opiniâtre*, avec *distorsion de la bouche*, *commissure de la lèvre* droite *élevée*, difficulté d'articuler les sons, langue déviée, et ne pouvant sortir librement. Il fut reçu à l'hôpital pour une fièvre *adynamique.* Les symptômes de cette fièvre se dissipèrent, et la digestion se rétablit; mais les signes d'une affection cérébrale persistèrent. Il lui survint derechef une maladie semblable à la première, et accompagnée cette fois d'un *coma profond*, avec *abolition des fonctions de relation.* (Potions camphrées, décoction de quinquina, vésicatoire aux jambes.) Le malade se rétablit dans l'état où

il était auparavant. Peu de temps après, la fièvre l'assaillit de nouveau, revêtit les mêmes caractères que la dernière fois, et céda encore aux mêmes moyens. Mais il succomba à une troisième rechûte, dans le traitement de laquelle on avait négligé l'emploi des remèdes qui avaient été les premières fois couronnés de succès. »

Examen du corps. « L'ouverture du cadavre fut pratiquée vingt-quatre heures après la mort, le 25 février 1805, jour où la température atmosphérique était abaissée jusqu'à 3 degrés : Rigidité extrême des membres du tronc et du col, os du crâne très-blancs; sinus longitudinal supérieur rempli d'une grande quantité de sang noir et liquide; la *surface libre de l'arachnoïde* était *desséchée et luisante ; l'hémisphère* droit *du cerveau* était *beaucoup plus voûté que le* gauche : en le palpant, il présentait une sorte de mollesse et de fluctuation sourde; sa partie centrale était transformée en une matière *pultacée*, *diffluente*, *d'un blanc jaunâtre*, comme du miel : ce ramollissement était fort étendu; le *tissu cérébral* qui l'entourait était, *en quelques endroits*, *d'une dureté telle qu'on ne pouvait l'écraser sous les doigts ;* l'hémisphère du côté gauche était beaucoup plus consistant, plus dur, plus résistant que de coutume, sans offrir d'ailleurs aucune rougeur ou injection insolite de ses capillaires. »

§. I. Cette observation, comme presque toutes celles de M. Raikem, manque de précision sur beaucoup de points importans, et se tait complétement sur d'autres;

ce qu'il faut surtout attribuer à l'état où en était encore la science en 1805, à l'égard des affections cérébrales. En l'examinant avec attention, on voit cependant qu'elle ressemble aux précédentes, tant par les symptômes que par les altérations.

Dans le début, *céphalée opiniâtre*, *difficulté d'articuler les sons*, *commissure* droite *élevée*, c'est-à-dire, encéphalite à *droite*. Nouvelle *fièvre adynamique*, accompagnée de *coma profond*, *d'abolition des fonctions de relation*. Deuxième rechûte semblable. Mort pendant la troisième. A l'autopsie, on trouve un ramollissement, une suppuration de la partie centrale de l'hémisphère, et le tissu cérébral *environnant* d'une dureté telle *en quelques endroits*, qu'on ne peut l'écraser entre les doigts.

N'est-il pas évident que dans ces *fièvres adynamiques* répétées coup sur coup avec des caractères si remarquables, l'inflammation du cerveau a joué le principal rôle? L'époque à laquelle l'observation a été recueillie n'explique-t-elle pas suffisamment les préventions de l'auteur sur la nature de la maladie, sur les effets du traitement? etc., etc.

N° 13.

Paralysie à *gauche* avec rigidité, délire; un mois et demi après, rechûte, agitation des membres non paralysés. — *Cicatrice à la surface de l'hémisphère* droit; *ramollissement du corps strié, etc.; sérosité trouble très-abondante dans toutes les cavités de l'arachnoïde; celle-ci dense et opaque.* (*Revue médicale*, mars 1827; Mémoire de M. Bravais, obs. VI.)

« Goujeon, âgé de soixante-treize ans, présenta à l'infirmerie générale, au commencement de mai 1824, quelques symptômes de *ramollissement* du côté droit du cerveau; *rigidité* des membres *gauches*, *paralysie*, délire: les premiers symptômes disparaissent, le délire persiste. Il fut conduit à pied à la division des aliénés, le 16 juin, appuyé sur le bras d'un aide. A quatre heures du soir, chûte, aphonie, *paralysie* du côté *gauche* avec *rigidité*, *mouvemens désordonnés* du côté *droit;* décubitus incliné à droite, demi-paralysie de la paupière *gauche*, pupille plus dilatée; jambe plus roide que le bras, pouls régulier. (Sinapismes aux mollets; vésication au bout de quatre heures.)

» Le 17 au matin, pouls régulier, plus faible; pas de chaleur à la peau, rigidité moindre, sensibilité de tous les membres, mouvemens faibles de la jambe gauche sous l'influence volontaire.

» Le 18, pupille gauche plus dilatée, déglutition dif-

ficile, râle, toux avec menace de suffocation, excrétions involontaires. (Vésicatoire au bras gauche.)

» Le 19, pansement douloureux du dernier vésicatoire, pouls petit et fréquent, très-peu de rigidité du bras *gauche*. Mort à dix heures du soir.

» *Autopsie.* — *Tête. Beaucoup de sérosité trouble dans toutes les cavités de l'arachnoïde.* Méningine *plus dense* qu'à l'ordinaire et *opaque*. Adhérences intimes à la substance corticale dans un ou deux points de l'hémisphère gauche, d'ailleurs très-sain. A *droite* et sur le lobe antérieur, membranes minces; sur le lobe moyen, quelques *adhérences* de la pie-mère au cerveau; quelques points sont plus *rouges*, d'autres pointillés de *jaune*. Sur le lobe postérieur, la substance corticale, dans toute son épaisseur, est formée d'une sorte de *bouillie* de grumeaux de sang mêlés avec la matière nerveuse; en détachant la pie-mère, on enlève une partie de cette altération; en arrière, une circonvolution dépouillée de substance grise et déprimée, offre au-dessus de la couche médullaire une sorte de *cicatrice mince, assez ferme, d'un blanc jaunâtre*. Les circonvolutions les plus postérieures sont tout-à-fait intactes. « Le corps strié droit est formé dans toute son épaisseur d'une *pulpe grisâtre* et *infiltrée de sang* dans quelques points. » La paroi supérieure et postérieure du ventricule latéral présente au contraire une *pulpe blanche*, *très-molle* et *imbibée de sérosité*, sans aucune apparence de vaisseaux sanguins.

» Le cervelet contient dans son lobe droit un kyste

jaunâtre à parois en partie adhérentes entr'elles. Le reste de l'encéphale est sain.

» Beaucoup de sang liquide dans le cœur ; les autres viscères ont paru dans l'état naturel. »

§. I. « Ce malade, dit M. Bravais, a présenté dans les quatre derniers jours tous les symptômes du *ramollissement cérébral*. L'autopsie cadavérique a confirmé le diagnostic porté sur cette maladie ; mais, cinq à six semaines auparavant, il exista aussi des symptômes de ramollissement qui cessèrent plus tard. » Rien de plus frappant que ce rapprochement ; et ce début plein de logique semble annoncer comme conclusion inévitable, que la *cicatrice* mince, d'un *blanc jaunâtre*, trouvée à la surface de l'hémisphère *droit*, était due à la même cause que le ramollissement qui a causé la mort, c'est-à-dire à l'encéphalite qui, *six semaines auparavant*, avait produit la *paralysie* du côté *gauche*, *accompagnée de rigidité*. Mais M. Bravais, plus occupé de la présence de quelques gouttes de sang dans la substance cérébrale ramollie, que de la cause première de l'altération, attribue cette *cicatrice* à une *ancienne hémorraghie de la couche corticale :* cependant les détails seuls de l'autopsie cadavérique auraient dû suffire pour lui montrer que les ramollissemens de la substance grise, avec injection, infiltration, ou même épanchement de sang, n'étaient pas dus à une autre cause que les ramollissemens jaunes, etc., de la substance blanche. En effet, tandis que la substance grise de quelques circonvolutions et toute celle du corps

strié était très-injectée et infiltrée de sang, « la partie supérieure et postérieure du ventricule latéral présentait, *au contraire*, une pulpe blanche, très-molle, imbibée de sérosité, *sans aucune apparence de vaisseaux sanguins.* » Comment M. Bravais, qui fait remarquer lui-même ce contraste, n'a-t-il pas pensé qu'il tenait uniquement à la quantité différente de vaisseaux capillaires distribuée aux deux substances? S'il attribue l'un des ramollissemens à l'inflammation, comment l'autre, qui se continue avec lui, serait-il dû à une autre cause? Comment d'ailleurs M. Bravais conçoit-il la production d'une cicatrice sans inflammation? Comment enfin expliquerait-il la *rigidité* qui accompagnait la paralysie?

Vous trouverez peut-être cette discussion superflue; mais M. Bravais considère toujours les *cicatrices jaunes* comme le résultat d'anciennes *hémorrhagies* de la substance corticale; c'est la pensée principale qui domine dans tout son mémoire; il la reproduit à tout moment et sous toutes les formes : il fallait bien l'examiner une fois en détail. D'ailleurs, comme dans ces cas la paralysie est accompagnée de *roideur des membres*, il en résulterait que l'*hémorrhagie cérébrale* pourrait présenter les caractères que nous avons toujours regardés comme les plus propres à signaler l'encéphalite.

§. II. Il est une autre opinion de M. Bravais que je n'essayerai pas de combattre, parce qu'il m'a été impossible de la comprendre. « Quelques faits d'observation clinique ont démontré, dit-il, que le ramollissement

rétrograde dans quelques circonstances. » Qu'est-ce qu'un ramollissement qui rétrograde?

§. III. Dans la première attaque, le délire s'est joint à l'hémiplégie, et a persisté après la cessation des autres symptômes. Dans tous les cas semblables, suffisamment détaillés, on a trouvé des traces de méningite, et j'ai pensé que c'était à elle, et non à l'encéphalite, qu'il fallait attribuer le délire. Dans la seconde attaque, le côté non paralysé était agité de *mouvemens désordonnés*, et toujours ces symptômes spasmodiques ont été dus à une méningite dont l'influence ne pouvait se faire sentir que sur l'hémisphère non altéré. Ces deux encéphalites ont dû par conséquent être compliquées de méningite. En effet, on a trouvé *la méningine plus dense qu'à l'ordinaire, et opaque*, c'est-à-dire, des traces d'une inflammation *ancienne*, et *beaucoup de sérosité* trouble *dans toutes les cavités de l'arachnoïde*, c'est-à-dire, les produits récens d'une récrudescence de la première maladie.

En cela, comme en tout le reste, cette observation confirme donc tout ce que nous avons vu jusqu'à présent.

N° 14.

Pendant quinze ans, aliénation mentale, accès d'épilepsie, rigidité très-grande de tous les membres, symptômes abdominaux. — *Plaques jaunes à la surface du cerveau, plusieurs ramollissemens de la substance grise, méningite chronique, suppuration de la rate.* (Mémoire cité, obs. VII.)

« Daviot, âgé de soixante ans, épileptique, dangereux dans ses accès, vécut pendant quinze ans dans la division des aliénés. Le 25 mars 1824, D.... fut conduit à l'infirmerie : inappétence, pieds œdématiés, plaies de mauvaise nature aux jambes. Le 1er avril, *langue sèche*, *peau chaude et terreuse*, pouls faible, escarres au sacrum, selles solides, *excrétions involontaires*. Le 15 avril, *langue rouge*, *sèche*; *dents fuligineuses*, altération des traits, *rigidité très-grande des membres placés dans l'extension*, décubitus dorsal : *on ne peut fléchir le tronc ni les membres* pour faire asseoir le malade sur la chaise percée. La connaissance se conserve, et le malade articule quelques mots même le jour de sa mort, qui arriva le 28.

» *Autopsie*. — *Tête*. Beaucoup de sang s'écoule des sinus méningiens; *sérosité trouble*, *abondante*, *à la surface et dans les ventricules cérébraux*. Le cerveau étant lavé, la couche corticale offre çà et là des *plaques*

jaunâtres. La méningine se détache facilement de la base. En dépouillant de leurs membranes les circonvolutions supérieures, les *taches jaunes* les moins prononcées ont disparu; les autres s'affaiblissent seulement : elles affectaient la couche la plus superficielle du cerveau. *Adhérences* de la méningine avec la couche corticale vers le milieu de la faux de la dure-mère. Dans quelques anfractuosités, on voit çà et là de petits grumeaux de sang mêlés à la substance grise corticale. En arrière de la scissure de Sylvius, à droite, les membranes ayant été enlevées avec beaucoup de soin, on trouve trois à quatre anfractuosités dans lesquelles la substance grise est infiltrée de petits grumeaux de sang. Dans quelques points, *la pulpe est plus molle, et s'enlève avec la pie-mère.* La couche médullaire est sans altération. Au-devant de cette lésion, et sur le penchant d'une circonvolution, se rencontre une *membrane jaunâtre, de la largeur et de l'épaisseur* d'un centime (*très-ferme*, dit plus loin M. B.); elle occupe toute l'épaisseur de la couche corticale. La pie-mère se détache avec facilité; la surface externe est couverte d'une sorte d'enduit luisant, élastique, gélatiniforme. Au-dessus du lobe postérieur gauche, en détachant les membranes, il s'écoule, de quatre à cinq circonvolutions, une bouillie très-noire; dans quelques points, on distingue la substance grise et les grumeaux de sang interposés, quelques *granulations* à la voûte du quatrième ventricule. Le reste de l'encéphale est sain.

» *Abdomen.* Rate du volume des deux poings, con-

tenant dans son intérieur une grande quantité de pus liquide, couleur de brique pilée, colorant les ongles et l'épiderme en brun, comme aurait fait une dissolution étendue de sulfure de potasse. Tissu de la rate environnant l'abcès très-dense, contenant beaucoup de filamens fibro-cellulaires et peu de granulations rouges : dans son épaisseur existaient quelques plaques d'une matière jaunâtre, ressemblant un peu à celle des tubercules crus. »

§. I. La rigidité comme tétanique des membres et du tronc, a sans doute été produite par l'inflammation superficielle des circonvolutions; elle affectait également les deux moitiés du corps : le ramollissement occupait les deux hémisphères. La rigidité accompagne souvent le début de l'encéphalite, et le malade est mort peu de temps après l'apparition de ce symptôme. M. Bravais l'attribue encore à l'*hémorrhagie* de la couche corticale qu'il distingue soigneusement du *ramollissement*, d'où il résulterait que ce serait le sang qui aurait causé cet état spasmodique. C'est également à d'anciennes hémorrhagies qu'il attribue, comme de raison, les *taches jaunes*, d'étendue variable, qui étaient disséminées à la surface des circonvolutions, quoiqu'il les appelle constamment des *cicatrices*.

Le défaut de renseignemens ne nous permet pas d'apprécier les symptômes qui ont pu accompagner la production de ces petites indurations, ni l'influence que leur présence a pu exercer sur le cerveau, etc. Mais la sérosité trouble, abondante, qui existait dans toutes

les cavités, les granulations de l'arachnoïde ventriculaire, l'ancienneté de l'aliénation mentale et des attaques d'épilepsie; tout me porte à croire que c'est la maladie des méninges qui a précédé et provoqué celle du cerveau.

§. II. La suppuration de la rate explique assez les symptômes indépendans de l'affection cérébrale (langue rouge et sèche, peau chaude et terreuse, dents fuligineuses, etc.). Les *plaques d'une matière jaunâtre* rappellent les *taches jaunes* du cerveau. Il y avait dans les deux organes une inflammation récente autour des produits d'une inflammation ancienne.

N° 15.

Démence complète pendant plus d'un an, stupeur, rigidité des membres, etc..., seize onces de sérosité trouble sur le cerveau. — *Ramollissement rouge-jaunâtre adhérent à la dure-mère, tache jaunâtre, méningite chronique, adhérences des plèvres et du péritoine.* (Mémoire cité, obs. v.)

« Alexandre, âgé de 51 ans, entra dans un état complet de démence le 29 septembre 1823. Conduit à l'infirmerie le 8 décembre, il offre les symptômes suivans: Démarche mal assurée, nausées, vomissemens, réponses lentes (ipécacuanha, xx gr.; infusion de camomille, potion calmante); disparition de l'appétit, augmentation de la stupeur. — Le 11 au soir, état de demi-perte de connaissance. Le 12 décembre au matin,

yeux parallèles dirigés en haut et à droite; flaccidité des paupières supérieures; pupilles immobiles, resserrées comme dans l'état naturel; pouls faible et battant au plus quarante fois par minute; rigidité des bras; extension difficile et suivie d'un retour à la flexion; rigidité moindre des membres inférieurs. — Une heure plus tard, légers mouvemens des bras, des paupières et des yeux. (Vésic. aux mollets.) Le 13 décembre, rigidité moindre des bras; affaissement plus marqué. Mort.

» *Autopsie.* — *Tete.* Beaucoup de sang noir liquide dans les sinus méningiens; *huit onces de sérosité citrine trouble*, à la surface de chacune des moitiés du cerveau; peu de sérosité dans la pie-mère. Le lobule antérieur droit *adhère à la voûte orbitaire*; en le détachant, une petite portion de la couche corticale est restée *accolée à la dure-mère*: dans ce point, circonscrit par un diamètre de six lignes (1), la substance cérébrale est d'un *rouge jaunâtre,* et *ramollie* jusqu'à la profondeur de deux lignes. Plus en arrière et à l'entrée de la grande scissure, il existait une tache *jaunâtre* formée d'un mélange de sang altéré et de substance grise dans l'étendue d'une pièce de dix sous.

---

(1) Je dois faire remarquer que toute observation, toute phrase comprise entre des guillemets, est rapportée *textuellement*, pour qu'un changement de rédaction ne puisse pas altérer la pensée de l'auteur.

» *Thorax.* Poumon droit adhérent aux côtes par des fausses membranes, vasculaires et injectées de sang. Un tubercule sous la plèvre..... Poumon gauche peu adhérent, etc., etc.

» *Abdomen.* Traces nombreuses d'une ancienne péritonite ; fausses membranes organisées, et formation d'un nombre considérable de petits corps noirâtres cartilagineux. — Kystes séreux dans les reins. Les autres viscères sont sains. »

§. I. La démence, la faiblesse générale, la stupeur, doivent être attribuées à l'énorme épanchement de sérosité qui existait à la surface de chaque hémisphère.

La *rigidité des membres* survenue à la fin de la maladie, a été due à l'encéphalite qui a produit les ramollissemens de la substance grise des circonvolutions. Enfin la tache *jaunâtre*, trouvée près de la grande scissure, était un état intermédiaire entre ces ramollissemens et les *cicatrices* dont il vient d'être question dans les deux observations précédentes. L'inflammation était passée, mais l'organisation ne faisait que commencer.

§. II. Les plèvres et le péritoine offraient des traces non équivoques d'inflammation ancienne. Rien n'est plus commun que cette disposition des membranes séreuses à s'affecter simultanément ou successivement; cette tendance s'explique facilement par l'identité de structure : il en est de même des membranes synoviales, etc.

N° 16.

Attaques d'épilepsie, stupeur, etc. — *Membrane jaunâtre de l'épaisseur et de la consistance d'une carte à jouer; maladie des artères.* (Mémoire cité, obs. VIII.)

« Legrand, âgé de soixante-sept ans, atteint de fréquens accès d'épilepsie, fut admis à l'infirmerie le 18 février 1824. Chagrins domestiques profonds, face pâle, stupeur, réponses lentes, langue sèche, fuligineuse; pouls petit et misérable. (*Sinapismes aux pieds.*)

» Le 19, mêmes symptômes; abattement plus considérable. (*Vésicatoires aux jambes.*)

» Le 20, il eut quelques accès épileptiques dans ces trois jours. Mort après un dernier accès.

» *Autopsie.—Tête.* Peu de sang et de sérosité dans les membranes encéphaliques; la pie-mère se détache avec facilité. En écartant les circonvolutions qui séparent les lobules postérieur et moyen à leur partie supérieure, on remarque une *tache jaunâtre* qui occupe plusieurs anfractuosités. Dans ce lieu, la pie-mère est légèrement infiltrée; au-dessous se trouve, entre deux ou trois circonvolutions, une membrane *jaunâtre* ayant *l'épaisseur et la consistance d'une carte à jouer*, placée immédiatement au-dessus de la substance médullaire. Le reste de l'encéphale est sain.

» *Thorax.* L'aorte thoracique et abdominale, les artères iliaques et fémorales, ont offert de nombreuses incrustations; ailleurs, des abcès sous la tunique interne; ailleurs, enfin, des ulcérations occupant toute l'épaisseur de la tunique moyenne artérielle.

» Les autres viscères n'ont rien offert de particulier. »

§. I. Cette observation ressemble tellement à la précédente, que je n'ajouterai rien à ce que j'ai dit des symptômes, et de ce que l'auteur appelle *tache jaunâtre*, *membrane jaunâtre*, etc. Mais je dois arrêter votre attention sur des altérations qui semblent n'avoir aucun rapport avec celle du cerveau, et qui doivent cependant en être rapprochées. — Les incrustations trouvées dans l'épaisseur des parois des artères étaient certainement dues à une cause semblable à celle qui avait produit les indurations cérébrales, comme le prouvent les ulcérations, les abcès, disséminés dans les environs. Ces trois altérations ne sont pas le résultat de trois maladies distinctes, mais trois états de la même maladie; comme le ramollissement, la suppuration et l'induration de la substance cérébrale.

N° 17.

Accès d'épilepsie, affaiblissement de la mémoire et des sensations, vomissemens, météorisme, toux, orthopnée. — *Membrane jaunâtre dans la scissure de Sylvius; méningite, plévrite, péritonite chroniques; plaque cartilagineuse sur la rate.* (Mémoire cité, obs. IX.)

« Cousin, âgé de quarante-quatre ans, est sujet depuis six ans à des accès rares d'épilepsie : il les attribue à une suppression d'épistaxis provoquée par des lotions d'eau froide, et à des chagrins domestiques; en même temps, affaiblissement notable de la mémoire et des sensations.

» Depuis six mois, vomissemens fréquens de ses alimens, tant liquides que solides. Dans les premiers jours de février 1824, accès court d'épilepsie.

12 février, figure bouffie, pieds œdémateux, météorisme des intestins; vomissemens calmés par l'usage des eaux de Vichy, coupées avec du lait; absence de fièvre; son clair du thorax à la percussion; toux sèche, râle crépitant en arrière de chaque côté; pas d'égophonie. Le 13, oppression considérable. (*Vésicatoire* au thorax.) 14, amélioration. Dans les derniers jours, orthopnée, suffocation. Mort le 27.

» *Autopsie.* — *Tête.* Méningine *opaque, blanchâtre*, se détachant avec facilité de la surface du cerveau; à

gauche au milieu de la scissure de Sylvius, entre trois à quatre circonvolutions, se trouve une membrane d'un *jaune de feuille morte*, de l'épaisseur d'une *carte à jouer*. Elle repose sur la substance médullaire : à sa superficie, couche mince, demi-transparente, élastique, ayant l'aspect de la gélatine; quelques granulations à la surface des ventricules latéraux; un plus grand nombre dans celui du cervelet.

» *Thorax*. A gauche, sérositié citrine dans la plèvre; à droite, sérosité trouble avec flocons albumineux de formation récente; à peine quelques traces de sérosité sanguinolente à la partie postérieure des deux poumons; légère hypertrophie du ventricule gauche.

» *Abdomen*. Plaque cartilagineuse très-épaisse, occupant la face externe de la rate; beaucoup de sérosité trouble dans le péritoine; estomac contenant des rides nombreuses colorées en brun noirâtre à leur surface.

» Les autres viscères sont dans l'état naturel. »

§. I. Cette observation nous offre un nouvel exemple d'inflammation simultanée des diverses membranes séreuses. L'aspect de l'arachnoïde, à la surface du cerveau et dans les ventricules, indique assez que c'est elle qui a été affectée la première. D'ailleurs, c'est par des accès d'épilepsie qu'a commencé la série des symptômes observés chez ce malade. Il est probable que c'est dans une de ces attaques plus violente que les autres, qu'a eu lieu l'inflammation superficielle des circonvolutions qui a produit l'induration membra-

neuse jaunâtre, trouvée au milieu de la scissure de Sylvius.

Les vomissemens fréquens, le météorisme, s'expliquent par l'état du péritoine et de la membrane muqueuse de l'estomac, comme la toux sèche, l'orthopnée, la suffocation, par l'affection des plèvres et l'hydrothorax.

La plaque cartilagineuse qui occupait la face externe de la rate, doit être assimilée à l'induration superficielle des circonvolutions.

L'hypertrophie du ventricule gauche a sans doute été la cause prédisposante des affections de la tête, comme la suppression de l'épistaxis et les chagrins domestiques ont été les causes déterminantes.

N° 18.

Démence complète.... — *Indurations jaunâtres de formes variées, méningite chronique.* (Mémoire cité, obs. x.)

« Lecot, âgé d'environ soixante ans, entra à l'hôpital, dans un état de démence complète, le 15 juin 1824. On ne put en tirer aucun renseignement sur sa santé. Cet homme marchait dans une attitude courbée en avant; il mangeait avec appétit, poussait des cris, et versait des larmes comme un enfant. Il préférait cependant le lit, n'avait pas de paralysie marquée des

membres, se recouvrait lorsqu'on enlevait ses couvertures.

» Le 1er juillet, déglutition difficile, menaces de suffocation, inspirations bruyantes, suivies d'expirations très-libres. (*Quinze sangsues au cou, vésicatoire.*) 2, amélioration. 4, respiration naturelle, affaiblissement général. Mort le 7.

» *Autopsie.* — *Tête.* Crâne plus dur et plus épais que dans l'état ordinaire; beaucoup de sérosité trouble à la surface externe du cerveau; sérosité très-limpide dans les ventricules; cerveau généralement mou. Dans plusieurs points, la substance grise reste adhérente à la méningine qu'on détache; à l'entrée de la grande scissure droite, *membrane jaunâtre*, mince, *assez ferme*, de six lignes de diamètre. A la base du lobe moyen, excavation *à parois jaunâtres accolées entre elles*, située dans la substance médullaire; enfin, plus en arrière, le plancher du ventricule latéral est formé par une membrane *jaunâtre* qui, par ses deux faces, forme une large poche. A gauche, on trouve au-dessus du corps strié un *kyste* jaunâtre. Au milieu de la surface convexe du cerveau, plusieurs circonvolutions affaissées cachent un autre ancien foyer. La paroi supérieure est formée en arrière par une *membrane jaune* développée dans la couche grise de deux anfractuosités du cerveau. Le reste de l'encéphale est sain. »

§. I. Si l'histoire des symptômes avait pu être aussi complète que la description des altérations, cette observation aurait offert un grand intérêt; mais, telle

qu'elle est, elle ne peut servir qu'à confirmer ce que nous ont appris les autres.

§. II. Le mémoire de M. Bravais contient quatre autres observations qui diffèrent peu de celles que vous venez de lire. Dans la première, on a trouvé, « entre deux circonvolutions, un *tubercule cru* du volume d'une lentille, qui s'est détaché avec les membranes ; autour de ce *tubercule*, la substance corticale était réduite en une *bouillie noirâtre*.... etc. » Pourquoi M. Bravais appelle-t-il *tubercule cru* cette induration lenticulaire ? Pourquoi ne la regarde-t-il pas, ainsi que les *membranes jaunes*, comme une *cicatrice*? C'est qu'il attache trop d'importance à de légères nuances de forme et de couleur; c'est sans doute cette importance qui lui a fait croire que les altérations dont il s'occupe n'avaient pas été décrites avant lui (p. 403), parce qu'il n'a pas trouvé dans celles dont parlent Mediavia, Walthiery, etc., la même nuance de couleur, les mêmes dimensions, etc.

Les trois observations suivantes ne sont autre chose que des ramollissemens de la substance grise des circonvolutions, accompagnés d'injection sanguine, d'infiltration, ou même d'épanchement d'une certaine quantité de sang. Elles ont aussi été recueillies chez des aliénés; les causes, les symptômes, les complications, ont été les mêmes que dans les cas précédens, et c'est avec raison que M. Bravais regarde ces ramollissemens comme le premier degré de ce qu'il appelle *cicatrice jaune*, *membrane* ou *tache jaunâtre* ; mais c'est à tort

qu'il regarde ces ramollissemens comme entièrement distincts de tous les autres (Voyez surtout la page 424.)

Cette altération est on ne peut plus commune à la suite des aliénations mentales. Parmi les nombreux exemples qu'on en a publiés depuis quelques années (1),

---

(1) Lorsque je publiai les premières lettres sur *l'encéphale*, je n'avais pas encore eu l'occasion d'observer l'inflammation superficielle des circonvolutions à la suite des aliénations mentales ; et les praticiens chargés du service des aliénés n'attachaient pas encore assez d'importance à la consistance des tissus pour remarquer un ramollissement très-superficiel, souvent peu étendu, quelquefois sans changement de couleur, qu'on n'apprécie bien qu'au moment où l'on enlève les méninges ; car c'est alors seulement qu'on voit bien les portions de la substance grise, qui restent adhérentes à la pie-mère, par petits flocons, et laissent, par leur arrachement, la surface des circonvolutions inégale, dépolie et pointillée, comme une peau de chagrin. Mais à peine l'attention fut-elle appelée sur les ramollissemens du cerveau, que dans toutes les maisons d'aliénés on remarqua celui de la surface des circonvolutions; et plus on attacha d'importance à cette altération, plus elle parut fréquente. Mon ami le docteur Ramon eut la bonté de me communiquer les nombreuses observations qu'il avait recueillies à Charenton, avec son exactitude et sa sagacité accoutumées, et j'en vis plusieurs exemples avec M. le professeur Reich, médecin de la maison des aliénés de Montpellier. Depuis, des faits nombreux ont été publiés sur ce sujet. Je ne puis pas vous les rapporter ici; mais je vais vous indiquer où vous pourrez les trouver. Dans l'ouvrage de M. Calmeil (*De la paralysie considérée chez les aliénés*, 1826), voyez les n^{os} x, xvi,

vous trouverez toutes les nuances d'aspect et de couleur que le sang et le pus peuvent donner à la substance grise, suivant les proportions dans lesquelles ces deux fluides s'y trouvent combinés. Cependant les symptômes observés pendant la vie, l'état des méninges, enfin toutes les autres circonstances sont les mêmes. Est-il raisonnable de donner à ces altérations un nom différent, suivant qu'elles contiennent un peu plus ou un peu moins de sang, ou qu'elles n'en contiennent pas du tout? Faut-il les regarder comme des

---

XVII, XIX, XX, XXI, XXII, XXIII, XXIV, XXV, XXVI, XXVII, XXVIII, XXIX, XXX, XXXII, XLV, LIII, LIV, LVI, LVII, LVIII, LIX, LX; dans l'ouvrage de Bayle (*Traité des maladies du cerveau et de ses membranes*, 1826), voyez 3e série, obs. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 12, 13; 4e série, obs. 10 et 12; dans un article plein d'intérêt de M. Trousseau (*Archives générales de médecine*, décembre 1827), voyez surtout les obs. 8, 9 et 10; voyez un article de MM. Bouchet et Cosauvielh, sur l'épilepsie (*Archives générales de médecine*); voyez un mémoire remarquable de M. Pinel fils, dans le *Journal de physiologie* publié par M. Magendie, t. 6, p. 58 et suivantes; voyez enfin une observation de M. Leuret, *Revue médicale*, février 1829, p. 229.

Si vous lisez avec soin tous ces faits, vous verrez qu'ils ne diffèrent de ceux de M. Bravais que par des nuances très-légères, telles qu'on en rencontre dans l'étendue de toutes les maladies, et qu'il est impossible d'en séparer quelques-uns pour en faire un genre particulier, nouveau, d'une nature toute différente; et vous remarquerez surtout que les auteurs dont je viens de parler s'accordent pour regarder cette altération comme le résultat d'une inflammation.

maladies distinctes lorsqu'elles se ressemblent sous tous les autres rapports? Certainement il y a hémorrhagie toutes les fois que du sang est sorti de ses vaisseaux en quelque petite quantité que ce soit, et dans ce sens l'expression *d'hémorrhagie de la couche corticale,* adoptée par M. Bravais, est exacte; mais, quoi qu'il en dise (p. 424), les symptômes sont ceux de l'encéphalite, ainsi que je vous l'ai fait remarquer; la marche est la même, la gravité est la même, et toutes les distinctions qu'il s'efforce d'établir sont en opposition avec les faits, même avec ceux qu'il rapporte. Qu'on distingue tant qu'on voudra les unes des autres les plus petites nuances qu'on rencontre dans les altérations pathologiques, qu'on leur donne même des noms particuliers qui favorisent le langage scientifique et le rendent plus expressif, rien de mieux; mais se borner à cela, ce serait avoir une idée bien étroite de l'anatomie pathologique; mais regarder comme entièrement distinct tout ce qui porte un nom différent, ce serait mettre les mots à la place des choses. Malheureusement on n'a presque pas fait autre chose jusqu'à présent; aussi ceux qui s'occupent d'anatomie pathologique doivent-ils aujourd'hui tendre spécialement à trouver le rapport qui existe entre des altérations qui paraissent différentes, le passage qui conduit de l'une à l'autre, afin d'arriver à la cause première de leur formation et de suivre les changemens dont elles sont susceptibles.

N° 19.

Hémiplégie à *gauche*, démence, épuisement général.—*Espèce de cicatrice d'un gris brunâtre vers la surface de l'hémisphère* droit, *épanchement abondant de sérosité*, *hypertrophie du cœur*.

« Le 23 février 1816, j'ai fait l'ouverture du cadavre d'un homme mort à l'âge de 75 ans, qui avait été admis à l'hôpital de Charenton, avec une hémiplégie du côté *gauche*, et dans un état de démence qui ne me permit d'obtenir de lui aucun renseignement sur la cause et le caractère primitif de sa maladie. Il était tombé dans un état d'anéantissement moral complet, et avait succombé à un véritable épuisement sénile.

» Il y avait un épanchement assez considérable de sérosité entre les deux feuillets de l'arachnoïde et dans les ventricules. Le feuillet cérébral était épaissi et avait une apparence gélatineuse due à une abondante infiltration séreuse. Les plexus choroïdes étaient remplis de petits corps hydatiformes disposés en grappe.

» Dans l'épaisseur de l'hémisphère *droit* du cerveau, à sa partie supérieure et très-près de sa surface, il y avait une tache d'un gris brunâtre, dont le centre, beaucoup plus foncé en couleur, était le point de réunion de plusieurs *stries grisâtres* disposées à peu près

comme *les rides d'une cicatrice.* — La partie du cerveau dans laquelle cette tache existait, offrait une *augmentation de consistance* remarquable, comparativement au reste de cet organe.

» Le cœur était très-volumineux; les parois des cavités gauches avaient une épaisseur considérable. Le tissu de cet organe était dense, grisâtre, analogue, pour la couleur et la consistance, à de la chair musculaire qui aurait éprouvé une demi-coction.

» Les artères cérébrales étaient ossifiées dans plusieurs points. Rien de remarquable dans les viscères abdominaux. »

§. I. Cette note m'a été communiquée par mon ami le docteur Ramon; je regrette bien vivement que cet exact et judicieux observateur n'ait pu se procurer aucun renseignement sur les symptômes qui ont accompagné l'apparition de l'hémiplégie. Toutefois, les autres circonstances méritent encore d'être rapprochées rapidement.

Ossification des artères, hypersarcose du cœur. — Inflammation de la substance grise des circonvolutions, avec infiltration ou épanchement de sang (hémiplégie); cicatrisation des tissus désorganisés; induration des parties voisines. Méningite chronique (aliénation mentale.) — Épanchemens de sérosité dans toutes les cavités arachnoïdiennes et dans les mailles de la pie-mère. (Démence, affaissement progressif et général.)

§. II. Vous trouverez dans l'ouvrage de M. Bouillaud, à la suite des affections cancéreuses, une observation (nº XLV) qui a quelque analogie avec la précédente, et que l'auteur regarde comme un exemple d'encéphalite *terminée par une véritable cicatrisation du tissu cérébral* (p. 220); malheureusement l'histoire de la maladie n'a presque aucun rapport avec la *cicatrice :* je n'en rapporterai que les circonstancss qui nous intéressent.

Une dame, âgée de soixante-treize ans, d'une complexion grêle et délicate, adonnée aux liqueurs spiritueuses, *avait déjà éprouvé une affection cérébrale*, plus d'un an avant d'être frappée d'une attaque d'apoplexie, à laquelle elle succomba, deux jours après, à l'hôpital Cochin.

Dans cette dernière maladie, les membres du côté *gauche* avaient perdu le mouvement; l'épanchement sanguin avait lieu à *droite*, etc., etc. « Vers l'union du lobe antérieur avec le lobe moyen de l'hémisphère droit, dans la profondeur de la substance cérébrale, on observait une *ligne* ou *lame jaune*, *dense*, *comme fibreuse*, ayant environ un pouce d'étendue transversale, cinq à six lignes de hauteur, un quart de ligne d'épaisseur, et entourée de toutes parts d'une couche de substance cérébrale *légérement indurée*, *brune*, épaisse d'une ligne. La teinte brune était très-prononcée près de la lame jaune, *ancienne cicatrice*, s'éclaircissait insensiblement et comme par *dégradation*, en s'en éloignant, et disparaissait à une ligne au-delà d'elle. »

Ici, comme dans le cas précédent, la partie du cerveau qui avait été complétement désorganisée, formait un noyau central fort dense, une véritable cicatrice alongée, aplatie, tandis que la substance cérébrale environnante se trouvait seulement *légèrement indurée.* Mais dans un cas c'était la cicatrice qui était d'un *gris brunâtre*; dans l'autre, c'était le tissu voisin de la cicatrice *jaune* qui avait une *teinte brune.* Vous concevez, d'après ce que nous avons vu dans la lettre précédente (voyez surtout l'observation 1re), que cette différence a dû tenir à la manière dont le sang et le pus se sont trouvés distribués dans ces deux circonstances; ce qui s'explique d'autant mieux, que chez le premier malade la cicatrice avait son siége dans la substance grise des circonvolutions, tandis que chez le second elle occupait la substance blanche.

Je dois vous faire observer qu'à la suite de certaines hémorrhagies cérébrales, on trouve quelquefois des altérations qui diffèrent peu de celles dont il vient d'être question dans les deux dernières observations, et que l'absence de renseignemens, sur les circonstances qui ont accompagné l'apparition de l'hémiplégie, ne permet pas d'affirmer positivement que ces *cicatrices* étaient le résultat d'une encéphalite accompagnée d'infiltration de sang, etc., plutôt que d'une hémorrhagie cérébrale. Il faut convenir que la différence n'est pas très-grande, puisque la cicatrisation des foyers apoplectiques est accompagnée d'induration, et ne peut se concevoir sans le secours d'une inflam-

mation. Il semblerait même que je devrais rapporter ici les observations de cicatrices qui succèdent à des hémorrhagies cérébrales ; mais elles ne peuvent pas être séparées de l'histoire de ces hémorrhagies ; tout ce qui s'y rattache forme un ensemble qui ne peut pas être morcelé sans de grands inconvéniens. Ceci prouve de plus en plus le vice des meilleures classifications, et la nécessité de rapprocher sans cesse les objets qu'on a été obligé d'étudier isolément, au lieu de s'appliquer, comme on l'a fait jusqu'à présent, à établir entre eux des distinctions.

Je n'entrerai donc pas plus avant dans cette partie de mon sujet, me réservant d'y revenir à l'occasion des hémorrhagies cérébrales.

N° 20.

Quarante-deux ans : suppression prématurée des règles, assoupissement habituel, céphalalgie à *droite*, engourdissement, paralysie à *gauche :* guérison ; céphalalgie à *gauche ;* hémiphlégie à *droite :* guérison. Mort subite. — *Dans l'hémisphère* droit, *cicatrice dure, aplatie, offrant des traces d'une cavité ; dans le* gauche, *endurcissement grêle, arrondi et très-alongé; injection de tous les vaisseaux de la tête ; hypersarcose du cœur.*

Marie P***, âgée de quarante-deux ans, d'une constitution pléthorique, sans profession, condamnée à

douze années de réclusion pour vol, fut placée dans la maison centrale de Montpellier le 17 *novembre* 1823. Pendant les trois premiers mois, elle s'occupa, mais avec beaucoup de nonchalance, à filer du chanvre; ensuite les administrateurs ayant reconnu qu'elle était très-bornée, maladroite, paresseuse et toujours assoupie, renoncèrent à la faire travailler. Le 10 mars 1824, elle fut admise à l'infirmerie. Depuis dix-huit mois, ses règles avaient cessé, et plusieurs fois on avait été obligé de la saigner. Depuis quelques jours, elle était plus assoupie, éprouvait des vertiges, de la *douleur* dans la région pariétale *droite*, un léger *engourdissement* dans le côté *gauche* du corps, et *un peu d'embarras dans la parole.* Pouls légèrement accéléré et dur; augmentation de la chaleur de la peau. (*Saignée du pied, limonade, diète.*)

Pendant trois jours, mêmes symptômes. (*Vingt sangsues à la partie interne des cuisses, pédiluves sinapisés.*)

Du 15 au 20, persistance des symptômes d'affection cérébrale, *distorsion de la bouche;* amélioration dans l'état du pouls et de la peau. (*Dix sangsues au côté droit du cou.*)

Du 20 au 25, *diminution de la sensibilité* dans les membres du côté *gauche.* (*Tisane d'arnica, lavement irritant, pédiluves sinapisés.*)

Du 30 mars au 5 avril, la malade devint plus éveillée; elle se leva pour satisfaire à ses besoins; mais en marchant, elle traînait un peu le membre infé-

rieur *gauche*, demi-paralysé. Son appétit était vorace.

Le 6, elle sortit de l'infirmerie en conservant de sa maladie un peu plus de lenteur encore dans les fonctions intellectuelles et quelque gêne dans la marche.

Pendant sept mois, rien de remarquable. Le 24 octobre, Marie P*** fut de nouveau conduite à l'infirmerie. Plus assoupie que de coutume depuis plusieurs jours, elle se plaignait d'une *douleur assez vive* dans la région pariétale *gauche*, accompagnée de vertiges; de légers mouvemens convulsifs se manifestaient dans les membres du côté gauche, et tout le côté *droit* était *engourdi*. En un mot, elle éprouvait exactement les mêmes symptômes que la première fois; seulement ils affectaient l'autre moitié du corps, et bientôt ils furent plus intenses. La respiration était aussi un peu gênée. Le traitement fut semblable à celui de la première maladie, et terminé par l'application d'un séton à la nuque. L'état aigu dura environ quinze jours. La guérison fut suivie d'un assoupissement toujours plus prononcé et d'une torpeur toujours plus grande des fonctions intellectuelles. On trouvait ordinairement la malade couchée dans le dortoir ou dans quelque coin de la maison. Ses compagnes s'amusaient souvent à l'exciter pour la tirer de cet état de somnolence. Elle pleurait alors d'un air stupide, et ne tardait pas à se rendormir.

Le 21 août 1825, elle se coucha après avoir bien soupé, et le lendemain, à deux heures du matin, on la

trouva morte, sans que ses voisines eussent rien entendu qui pût faire soupçonner une fin si prompte.

M. Pourché, chirurgien de la maison centrale, aujourd'hui agrégé, eut la bonté de me prévenir, ainsi que M. le professeur Dubreuil, et le lendemain nous procédâmes ensemble à l'examen du cadavre.

Nécropsie. — Embonpoint assez prononcé, cou court, système musculaire très-developpé.

Téte.—Les vaisseaux extérieurs du crâne, ainsi que ceux qui pénètrent dans les os et les différens sinus de la dure-mère, étaient tellement gorgés de sang, qu'avant qu'on pût examiner le cerveau, il s'en était répandu une grande quantité sur la table et sur le sol. Les plus petits ramuscules de la pie-mère et de la substance cérébrale n'étaient pas moins injectés. Toutes les artères de la base du crâne et leurs principales divisions étaient ossifiées.

Les ventricules latéraux ne contenaient pas de sérosité, mais ils avaient beaucoup de capacité. L'arachnoïde qui les tapisse était plus épaisse et moins transparente que de coutume. En examinant avec soin sa surface, nous aperçûmes entre la couche des nerfs optiques et le corps strié du côté *droit*, une tache *jaunâtre*, d'environ trois lignes de diamètre, inégale, légèrement déprimée, et offrant sous le doigt une résistance remarquable. L'arachnoïde en cet endroit était *froncée*, et faisait corps avec l'altération sous-jacente. Je ne puis en donner une meilleure idée qu'en la comparant à ces petites cicatrices dures, enfoncées et

comme crispées, qu'on rencontre assez souvent sous la plèvre vers le sommet des poumons. Aussitôt nous soupçonnâmes qu'il existait profondément quelque trace des affections cérébrales dont M. Pourché nous avait rapporté les symptômes, et nous redoublâmes d'attention. En pressant sur ce point jaune, je sentis une espèce de noyau plus résistant que la substance cérébrale environnante, se prolongeant transversalement entre la couche des nerfs optiques et le corps strié. Je l'isolai facilement avec l'ongle de l'indicateur, et il me resta entre les doigts un corps lenticulaire, alongé, d'environ six lignes de longueur, sur quatre de largeur et deux d'épaisseur, d'un brun jaunâtre, d'une consistance coriace, un peu élastique et assez semblable au tissu du corps qu'on appelle improprement *glande* surrénale. Ayant fendu ce corps suivant sa longueur, nous aperçûmes, au milieu de son épaisseur, un sillon dans lequel il fut facile d'introduire le manche d'un scalpel, en écartant un tissu tomenteux peu résistant, et nous nous assurâmes par là que ce noyau lenticulaire était composé de deux lames d'une ligne environ d'épaisseur, réunies par des filamens celluleux.

Dans le ventricule gauche, nous aperçûmes également, entre le corps strié et la couche des nerfs optiques, une dépression sensible accompagnée d'endurcissement de la substance cérébrale sous-jacente, mais sans changement de couleur. Je suivis de même avec le doigt cette autre induration; elle s'étendait en ser-

pentant entre les deux ganglions de substance grise jusqu'à la substance blanche du centre ovale de Vieussens, et formait, dans ce trajet d'environ deux pouces, un cylindre inégal de trois lignes de diamètre dans sa plus grande épaisseur. Ce corps, séparé des parties voisines, ressemblait à une espèce de corde noueuse, de la couleur et de la consistance du foie, sans aucune apparence de cavité intérieure. Le reste du cerveau, peu consistant, n'offrait d'ailleurs d'autre particularité que l'injection considérable et générale dont j'ai parlé.

Poitrine. Poumons parfaitement sains, cœur énorme, parois du ventricule gauche deux fois plus épaisses que dans l'état normal; cavité gauche plus grande que la droite; ouverture ventriculo-aortique libre; cordons fibreux des valvules épais et durs; plaques osseuses le long de l'aorte descendante, et surtout à l'origine des artères iliaques.

Abdomen. Quelques vaisseaux absorbans remplis de chyle : du reste, rien de remarquable dans aucun organe.

§. I. Cette observation est à la fois la plus complète et la plus satisfaisante que je connaisse.

L'ossification des artères, en mettant obstacle au cours du sang, et la suppression des règles, en produisant un état de pléthore, augmentent les fonctions du cœur; l'hypertrophie, qui en est le résultat, provoque des congestions habituelles vers la tête, qui nécessitent de fréquentes saignées, etc. Une douleur fixe

se fait sentir dans la région pariétale *droite*; le côté *gauche* du corps s'engourdit, la bouche se dévie, le mouvement et la sensibilité diminuent peu à peu; mais après *vingt jours* d'un traitement antiphlogistique et dérivatif, énergique et sagement dirigé, les symptômes diminuent, et bientôt la malade sort de l'infirmerie avec une légère faiblesse dans la jambe *gauche*. Elle meurt 17 mois après, et nous trouvons dans l'hémisphère *droit* un corps lenticulaire coriace, élastique, contenant dans son épaisseur un tissu tomenteux qui unit les surfaces d'une ancienne cavité, dont les parois ont une ligne environ d'épaisseur.

Ainsi, ce noyau dur n'était autre chose qu'un ancien kyste aplati et oblitéré. Mais que peut avoir contenu ce kyste? Ce n'est pas du sang : les anciens foyers sanguins ont un autre aspect, et la paralysie a marché d'une manière tout-à-fait lente et progressive, qui n'appartient pas aux hémorrhagies cérébrales. Enfin la cicatrice qui unissait ce corps à la paroi du ventricule, l'état de l'arachnoïde en cet endroit, etc., tout annonce une inflammation; c'était donc du pus qui était contenu dans ce kyste avant qu'il fût oblitéré.

J'ai examiné dans la lettre quatrième, page 197, cette importante question : « Est-il possible d'espérer la guérison d'un abcès enkysté; ou, en d'autres termes, le pus contenu dans un kyste peut-il être absorbé? » Je ne connaissais alors qu'un seul fait qui pût faire croire à la possibilité de cette heureuse terminaison, encore n'était-il pas concluant (voyez l'observation de

M. Broussais, l. 4, n° 7). Cependant l'analogie, et peut-être aussi le besoin d'espérer, me firent admettre cette hypothèse; mais je doutais qu'elle pût jamais être démontrée *d'une manière directe*, *par des observations décisives*, tant il me paraissait difficile de rencontrer une réunion de circonstances propres à faire cesser tous les doutes !

Deux ans après, M. Bouillaud émit la même opinion avec des restrictions semblables (*Traité de l'encéphalite*, p. 238). Aujourd'hui je n'ai plus aucune incertitude à ce sujet, car la cavité oblitérée trouvée chez Marie P***, n'était autre chose qu'un ancien abcès enkysté. Cette conviction fut partagée par tous ceux qui assistèrent à cette intéressante nécroscopie; elle le sera sans doute aussi par quiconque rapprochera sans prévention les symptômes observés pendant la vie, de l'altération trouvée après la mort.

§. II. Quant à l'induration *en forme de corde*, qui existait dans la partie correspondante de l'autre hémisphère, je n'ai pas besoin de vous dire qu'elle a été causée par la seconde encéphalite qui, sept mois après la première, a reproduit les mêmes symptômes dans l'autre moitié du corps. Ces symptômes ont seulement été plus intenses; mais aussi l'altération était plus étendue. Le tissu de cette espèce de corde m'a paru avoir beaucoup d'analogie avec celui des cicatrices étroites qu'on rencontre à la suite de la réunion de longues plaies sans perte de substance.

Dans la seconde maladie, le côté du corps qui n'était

pas paralysé, éprouva de légers mouvemens convulsifs: ils étaient dus probablement à l'inflammation de l'arachnoïde ventriculaire. C'est aussi à l'épanchement de sérosité autant qu'à l'altération du cerveau, qu'il faut attribuer l'augmentation de la somnolence et les autres symptômes de compression qui se prononcèrent de jour en jour davantage. Il est vrai que quand on a ouvert les ventricules, ils ne contenaient plus de sérosité; mais ils étaient énormément dilatés, et leur membrane séreuse offrait des traces évidentes d'inflammation chronique, due sans doute au voisinage des deux encéphalites.

§. III. La dernière maladie a été un véritable coup de sang, comme le prouvent la promptitude de la mort et la distension extraordinaire de tous les vaisseaux de la tête. (Voyez l'observation de La Fosse, n° 9.)

§. IV. Quant au traitement, il fut chaque fois on ne peut plus rationnel; c'est le même qui a été suivi dans le petit nombre d'exemples de guérison que j'ai rapportés à la fin de la seconde lettre; c'est celui qu'on emploie à la suite des plaies de tête. Je ne doute pas qu'il n'eût encore été suivi d'un succès plus complet sans l'influence toute puissante et permanente de l'hypersarcose du cœur et de l'état pléthorique entretenu par la suppression prématurée des règles.

N° 21.

Soixante-neuf ans : symptômes de *ramollissement chronique*, perte de la mémoire des mots, congestions répétées, convulsions. — *Deux indurations, dont une renfermant une cavité à parois contiguës, réunies par des brides ; injection de la substance cérébrale.* (Bouillaud, ouvrage cité, obs. XL.)

« Guillaume Le Chevalier, âgé de soixante-neuf ans, entra à l'infirmerie de Bicêtre le 2 mai 1823. Il avait été traité l'année précédente d'une affection cérébrale qu'on avait regardée comme un *ramollissement chronique* du cerveau. Depuis lors, il lui était resté de la difficulté à exprimer ses idées, des maux de tête habituels, et, de temps en temps, de la faiblesse dans les jambes qui fléchissaient sous lui sans qu'il perdît connaissance. Lorsque ces symptômes s'aggravaient, le malade entrait à l'infirmerie, où l'emploi des antiphlogistiques et des dérivatifs lui procurait un soulagement considérable. Lors de sa dernière entrée, ses maux de tête étaient plus violens ; il avait une difficulté extrême à exprimer ses idées, et les mots lui manquaient. Si l'on en juge par les efforts qu'il faisait pour trouver ses expressions, et surtout par ses gestes, on doit penser qu'il sentait ce qu'il voulait dire, mais que sa mémoire lui refusait le mot ; on le vit plusieurs fois nommer un *habit*, un *bouton*, etc., qu'on lui montrait, en lui en de-

mandant le nom, tandis que dans un autre moment il répondait qu'il le *savait*, mais qu'il ne pouvait pas le dire. Il éprouvait, en outre, de la faiblesse dans les jambes et des fourmillemens dans tous les membres. Des sang-sues furent appliquées à diverses reprises au cou et à l'anus; on plaça un vésicatoire à la nuque, on employa les laxatifs, sans amélioration bien marquée: du reste, l'appétit était bon, il n'existait point de fièvre, et toutes les fonctions purement *organiques* se faisaient régulièrement.

Le 22 juillet, la douleur de tête était violente, la face rouge et animée, l'œil brillant, le pouls dur; ce qui fit pratiquer une saignée de trois palettes. — La céphalalgie se calma, la face perdit de sa rougeur, et le malade ne se plaignit plus que d'être tourmenté par des rêves. Sur la fin de ce mois, on établit un séton à la nuque. L'opération détermina une légère hémorrhagie qui céda à une légère compression. Le quatrième jour, à la levée de l'appareil, l'écoulement sanguin ne se renouvela pas; mais, dans la nuit, une hémorrhagie assez copieuse se manifesta et fut arrêtée par la compression; elle reparut le surlendemain. Alors on excisa deux espèces de fongosités qui s'étaient élevées sur les bords de la plaie; on pratiqua de nouveau la compression, et le sang cessa de couler sans retour. — Le malade était pâle et un peu affaibli. (Infusion de quinquina édulcorée.) Bientôt le pouls se releva, et l'état des facultés intellectuelles n'avait subi aucun changement, lorsque le 14 août, à

10 heures du soir, le malade succomba dans les convulsions.

» *Autopsie cadavérique.* — La substance cérébrale était injectée. Après avoir enlevé une tranche du lobe gauche, on découvrit à sa partie antérieure une teinte *jaunâtre*, avec altération de consistance, de telle sorte, que cette portion du cerveau était comme *indurée.* En prolongeant l'injection plus profondément, on s'aperçut que l'altération s'étendait du côté du corps strié, en dessus, en dehors et au devant duquel elle était située; dans la substance cérébrale qui recouvre le ventricule; offrant l'aspect d'une *ancienne cavité*, d'environ dix lignes de longueur, dont les parois étaient maintenant *contiguës*, *dures*, *jaunes*, et *réunies par de petites brides.* Dans le lobe postérieur du même côté, on trouva une altération qui sembla de même nature que la précédente, ayant la même couleur, la même consistance, mais très-peu profonde, ne formant pas de cavité, occupant la substance cérébrale qui forme la paroi externe du ventricule, d'où elle s'étendait jusqu'à l'inférieure, et d'une longueur d'environ un pouce et demi. Le lobe droit était sain; les corps striés, les couches optiques, toutes les autres parties de l'encéphale, étaient dans l'état sain. Les ventricules contenaient peu de sérosité. Les organes respiratoires et circulatoires ne présentaient pas d'altération notable. Il en fut de même des viscères digestifs.

§. I. Il y avait ici, comme dans l'observation précédente, deux indurations de la substance cérébrale;

dont l'une offrait l'aspect d'une *ancienne cavité* à parois *contiguës*, *dures*, *jaunes* et *réunies par de petites brides*; tandis que l'autre « ayant la même couleur, la même consistance, ne contenait pas de cavité. » La première altération a probablement été produite par la plus ancienne maladie, qu'on a regardée comme un *ramollissement chronique* du cerveau, et la seconde par la rechûte du 22 juillet. Il est fâcheux qu'on n'ait pas décrit les symptômes de la première affection cérébrale; mais puisqu'on l'a regardée comme un *ramollissement chronique*, il faut bien croire qu'elle a présenté des caractères différens de ceux de l'hémorrhagie cérébrale, et que par conséquent cette cavité oblitérée n'a jamais contenu de sang; elle n'avait pas d'ailleurs les caractères des kystes apoplectiques : c'était donc aussi un ancien abcès enkysté.

Malgré ces rapprochemens assez plausibles, j'avoue que, sans l'observation précédente, celle-ci, manquant des détails les plus importans, ne me paraîtrait pas seule suffisante pour prouver que du pus déjà enveloppé d'un kyste peut être entièrement absorbé : aussi paraît-il que cette pensée n'est pas même venue à M. Honoré, qui a traité le malade, ni à M. Delaunay, qui a recueilli les notes, ni à M. Bouillaud, qui les a publiées. L'un pense, à la vérité, qu'on ne peut pas refuser le nom de *ramollissement chronique* à cet *endurcissement*; l'autre le regarde comme une preuve de la nature inflammatoire du *ramollissement*, etc. (voyez page 202); mais aucun n'émet d'opi-

nion sur cette cavité oblitérée. Pour moi, je suis maintenant convaincu que c'était un ancien abcès enkysté.

§. II. La présence de cette altération favorisait le retour fréquent des congestions cérébrales, pour lesquelles le malade était, comme dans le cas précédent, forcé d'entrer à l'infirmerie. Ces congestions se dissipaient promptement, parce qu'elles étaient sur-le-champ combattues par des évacuations sanguines : cependant celle du 22 juillet, plus violente et plus prolongée, peut être regardée comme une véritable récrudescence de l'encéphalite ; c'est à elle qu'il faut attribuer la seconde induration.

La mort a été causée par une de ces congestions, comme le prouvent les convulsions qui ont accompagné les derniers instans, et l'injection remarquable de la substance cérébrale.

C'est à une congestion générale semblable qu'ont succombé les malades des observations 9 et 21. Si dans ce cas-ci l'on n'a pas trouvé après la mort une injection sanguine aussi considérable, c'est, sans doute, parce que le malade avait perdu peu de temps auparavant une grande quantité de sang par la plaie du séton.

N° 22.

Hémiplégie à *gauche.* — *Dans l'hémiphère* droit, *cicatrice aréolaire, induration, ramollissement.* (*Revue médicale*, mars 1824, p. 432, obs. de M. Lacrampe-Loustaud.)

« La femme Lanoix était dans la salle des infirmes pour une hémiplégie du côté gauche qui était devenue incurable : la paralysie avait commencé par le bras. Ce membre fut depuis tout-à-fait privé de mouvement, tandis que la jambe en conserva un reste. Lanoix mourut le 31 mars 1823.

» *Autopsie.* L'avant-bras gauche était infiltré; on voyait au coude une ecchymose de la largeur d'une pièce de 2 francs. La jambe gauche n'offrait pas de différence de volume avec celle du côté opposé.

» A quinze lignes en dehors de la grande scissure du cerveau, nous trouvâmes sur l'hémisphère droit une dépression qui, du lobule moyen, s'étendait en arrière jusqu'à un pouce et demi de l'extrémité postérieure de l'hémisphère. Cette dépression était obliquement dirigée d'avant en arrière et de bas en haut : elle avait trois pouces et demi de longueur sur deux de large; son aspect, sa couleur étaient d'un jaune brunâtre; la partie de pie-mère qui lui correspondait était très-injectée, et tellement unie à la substance corticale, qu'en enlevant la membrane, on enlevait en

même temps cette substance qui était *ramollie* et d'une couleur jaune. Au-dessus du ramollissement, *qui ne dépassait pas la substance corticale*, la substance médullaire était manifestement *indurée*, rougie par les capillaires qui la parcouraient, et parsemée de quelques taches d'un jaune brun, ce qui lui donnait un aspect marbré.

» En devant et en bas, et vers la partie qui se dirigeait sur la scissure de Sylvius, on trouva une *cicatrice aréolaire* de dix lignes d'étendue, et parcourue par un grand nombre de capillaires qui en longeaient les aréoles. »

§. I. A l'aide des deux observations précédentes, vous comprendrez peut-être comment les deux altérations anciennes ont dû être produites par des inflammations dont l'une s'est terminée par *induration*, et l'autre par la formation d'un abcès, remplacé plus tard par une *cicatrice aréolaire parcourue par un grand nombre de capillaires*; comment la paralysie, après avoir *commencé* par le bras, fut *depuis* complète dans ce membre, et s'étendit à la jambe : mais cette observation est presque entièrement dépourvue d'intérêt, par l'absence des détails les plus importans. Les réflexions qu'y ajoute M. Lacrampe-Loustaud ne sont pas propres à y suppléer. Préoccupé de l'idée que les fonctions des membres supérieurs résident dans la partie postérieure des hémisphères, et la paralysie ayant commencé par le bras, il ne voit que le ramollissement des lobes postérieur et moyen; c'est à lui

qu'il rapporte la première maladie. Ainsi il suppose que le ramollissement datait de plusieurs années; que c'était l'altération la plus ancienne, et par conséquent il ne lui reste plus, pour expliquer la mort, que l'induration ou la cicatrice, à moins qu'il n'attribue aussi la mort au ramollissement; mais alors que pense-t-il des deux autres altérations?

Au reste, ce qu'il y a de plus fâcheux ici, ce n'est pas l'interprétation vicieuse du fait, mais la manière dont il a été dépouillé de tout ce qui n'avait pas rapport au sujet traité par M. Lacrampe-Loustaud; et le même reproche peut être adressé à presque tous ceux qui ont discuté de semblables questions. Rien n'est plus nuisible aux progrès de la science que cette préoccupation exclusive et mesquine. Tôt ou tard il se trouve quelqu'un qui rectifie un faux raisonnement; mais personne ne peut remplir les lacunes d'une observation incomplète.

N° 23.

Hémiplégie à *droite,* avec roideur et atrophie, à neuf ans, pneumonie, etc. Mort. — *Hémisphère* gauche : *induration cartilagineuse de la substance grise; transformation celluleuse de la substance blanche; épanchement énorme dans le ventricule* gauche; *ramollissement du cervelet; pneumonie; gastrite; anévrisme.*

Larmauvil, âgée de neuf ans, entra le 1[er] juillet 1816 à l'hospice des Incurables, pour une hémiplégie

du côté *droit*, avec *roideur* et *atrophie*, diminution de l'intelligence, conservation ou retour partiel de l'usage de la parole. Elle se plaignait de céphalalgie lorsqu'elle montait, et marchait en traînant la jambe droite, sans pouvoir la faire mouvoir.

Après quelque temps de séjour à l'hôpital, perte de l'appétit, bouche amère, nausées, langue jaunâtre, fièvre intense : *un grain d'émétique*. Deux jours après, *infusion d'arnica avec un gros de sulfate de soude*. Diminution momentanée des principaux symptômes. Peu de jours après, accidens plus graves ; décubitus sur le dos, céphalalgie gravative, perte totale des fonctions de l'œil droit, affaiblissement du gauche, dilatation considérable des deux pupilles, surtout de la droite ; strabisme avec divergence extrême des deux yeux, surdité ; abolition presque entière des fonctions intellectuelles, perte de la sensibilité dans les membres privés de mouvement, extrémités froides, ainsi que le nez et les oreilles ; coloration violette de la joue gauche, des lèvres et de la langue ; pouls insensible, battemens du cœur fréquens, désordonnés ; respiration courte, précipitée, inégale ; son mat du côté droit de la poitrine ; ventre tendu, épigastre douloureux, bouche sèche, déglutition impossible, constipation. (*Sinapismes aux pieds et à la nuque, vésicatoire sur le thorax, potion antispasmodique.*) Malgré l'emploi de ces moyens, la petite malade ne tarda pas à succomber.

Autopsie cadavérique. — Crâne bien conformé. Sur le cuir chevelu, teigne faveuse très-large. A la surface de l'hémisphère *gauche*, circonvolutions aplaties supérieurement et en arrière; sentiment de fluctuation à travers la substance cérébrale amincie; ventricule latéral du même côté très-dilaté, surtout en arrière, aux dépens de la cavité ancyroïde qui est de capacité à recevoir un gros œuf de poule : ce ventricule *gauche* contient environ cinq onces de sérosité limpide. Sa paroi interne est peu amincie et point altérée. La paroi supérieure n'a pas plus d'une demi-ligne d'épaisseur; la paroi externe est aussi prodigieusement amincie. La substance grise des circonvolutions correspondantes est réduite à une lame *très-dure*, *presque cartilagineuse* et décolorée; la substance blanche sous-jacente est transformée en une espèce de *tissu cellulaire à mailles distendues par une sérosité limpide*; sur les parois de ces cellules qui donnent à la substance médullaire l'aspect de *lames appliquées les unes contre les autres*, on voit une foule de *petits trous capillaires*. — Cette transformation envahit *presque toute la substance blanche de l'hémisphère gauche.* — Hémisphère droit sain. Ventricule droit contenant peu de sérosité. Cervelet *ramolli.*

Thorax. — Poumon droit adhérent à la plèvre, dur, hépatisé; poumon gauche sain. Demi-verre de sérosité dans le péricarde. *Cœur* d'un volume supérieur aux deux poings du sujet. Parois du ventricule droit amincies et en même temps dures, comme recoquillées, et

de consistance de caoutchouc; oreillette droite également dilatée. Parois du ventricule gauche beaucoup moins dures que celles du droit.

Abdomen. — Plaques rouges larges et nombreuses sur la membrane muqueuse de l'estomac.

§. I. Cette observation m'a été communiquée par le docteur Moulins, alors élève interne à l'hospice des Incurables; nous y retrouvons, comme dans les trois précédentes, une induration et une production celluleuse; mais ici ce n'est plus un kyste oblitéré, dont les parois sont réunies par du tissu aréolaire; c'est presque toute la substance blanche d'un hémisphère, qui est transformée en une *espèce de tissu cellulaire* encore mal organisé, infiltré de sérosité, et recouvert par une lame *presque cartilagineuse*.

On conçoit difficilement qu'un malade ait pu résister à une inflammation capable de produire de pareils désordres, et cet exemple est bien propre à donner une idée de toute la puissance des ressources de la nature. Mais ici nous devons surtout tenir compte de l'âge. Nous ne savons pas à quelle époque a eu lieu la maladie de L***, mais elle n'avait que neuf ans quand elle fut admise à l'hospice des Incurables, et déjà les membres paralysés étaient *atrophiés*; ce qui doit faire supposer qu'ils étaient depuis bien long-temps privés de mouvement.

§. II. Vous avez vu dans presque tous les cas de lésion ancienne que je vous ai rapportés dans la lettre

précédente et dans celle-ci, les malades reprendre l'usage de leurs membres, quand l'inflammation était dissipée, bien qu'elle ait laissé dans le cerveau des altérations plus ou moins graves : il n'en a pas été de même ici; mais l'hémisphère gauche presque tout entier avait changé de nature.

§. III. L'altération du tissu du cœur chez un enfant si jeune, est remarquable surtout par ses caractères : il est probable qu'elle n'a pas été sans influence sur l'affection cérébrale.

§. IV. Quant aux maladies qui ont causé la mort, elles ont fait explosion presque toutes en même temps; aussi les symptômes de la dernière maladie sont-ils nombreux et compliqués : cependant en les examinant avec soin, il est facile de démêler ceux qui appartiennent à l'affection du cervelet ou de l'arachnoïde ventriculaire, d'avec ceux qui ont été produits par la gastrite ou par la pneumonie. On peut même y reconnaître l'influence de la maladie du cœur, à la coloration violette des joues, des lèvres et de la langue, à l'état misérable du pouls, comparé à la violence et au désordre des battemens du cœur, tant il est vrai que plus les symptômes sont décrits avec exactitude, plus on les trouve en harmonie avec les altérations pathologiques!

§. V. J'ai vu une altération semblable qui s'étendait irrégulièrement de la face supérieure du lobule antérieur droit, jusqu'au-devant de la scissure de Sylvius.

Malheureusement j'ai perdu cette observation, et je n'ai pas voulu la refaire de mémoire; mais je me rappelle très-bien que la substance cérébrale qui était en contact avec le tissu cellulaire, avait, dans quelques points, une grande consistance; dans d'autres, elle était ferme encore, mais comme poreuse, ou composée de lames qui semblaient se transformer en tissu cellulaire.

N° 24.

Dans l'enfance, hémiplégie à *droite*, épilepsie, idiotisme, diarrhée. Mort à vingt-un ans. — *Hémisphère* gauche: *arachnoïde épaisse, opaque; dépression et transformation de la substance cérébrale en tissu cellulaire; ventricule latéral dilaté; entérite chronique.*

Le nommé Duquesne fut reçu en 1807 à la maison royale de Charenton pour une paralysie du côté *droit*, accompagnée d'épilepsie et d'affaiblissement de l'intelligence; il avait alors treize ans, et sa maladie datait de sa plus tendre enfance. Les accès d'épilepsie étaient précédés et suivis de délire maniaque; ils devinrent avec le temps de plus en plus intenses et rapprochés. Les fonctions intellectuelles s'éteignirent progressivement; le malade tomba dans un état complet d'idiotisme, et prit, comme presque tous les idiots, l'habitude de manger toute espèce de saletés, et surtout de

la paille. En octobre 1815, il fut pris d'une diarrhée qui résista à tous les moyens employés, et qui le jeta peu à peu dans une faiblesse générale, à laquelle il succomba le 20 janvier 1815, âgé de vingt-un ans.

Ouverture du cadavre. Émaciation excessive; hémisphère *gauche* du cerveau beaucoup plus petit que le droit; arachnoïde qui le recouvre *épaisse* et *d'un blanc opaque*; à la partie postérieure de la face supérieure de cet hémisphère, dépression considérable. L'arachnoïde enlevée dans ce point, laisse voir la substance du cerveau convertie en une sorte de tissu cellulaire infiltré de sérosité. Ce mode d'altération s'étend en épaisseur jusqu'au ventricule, dont la paroi supérieure a, dans cet endroit, trois lignes environ. Ce ventricule lui-même est fort dilaté, et contient cependant peu de sérosité. Rien de remarquable dans l'hémisphère droit ni dans le cervelet; viscères thoraciques très-sains.

Estomac distendu par environ deux livres de paille hachée, non altérée dans son tissu, formant un énorme bouchon lubréfié à sa surface par une couche épaisse de mucosités. Point d'altération notable de la membrane muqueuse; celle des intestins grèles est phlogosée et tapissée de mucosités sanguinolentes. Dans les gros intestins, vers trichurides en grande quantité.

§. I. Cette observation m'a été communiquée par mon ami le docteur Ramon; elle ressemble exactement à la précédente, quant aux circonstances principales; seulement le malade a survécu beaucoup plus long-

temps, et la transformation celluleuse, au lieu d'être recouverte par une *lame dure presque cartilagineuse*, n'aboutissait plus qu'à une dépression considérable. Il ne paraît pas non plus qu'on ait remarqué autour du tissu cellulaire la moindre trace d'induration de la substance cérébrale ou de débris de kyste. Vous ne pouvez cependant guère douter que cette altération, avant d'arriver à l'état celluleux, n'ait subi diverses transformations, dont les observations précédentes peuvent vous donner une idée.

Nous sommes donc arrivés au dernier terme des métamorphoses que peuvent subir les cicatrices, c'est-à-dire à la résolution définitive des parties indurées, en tissu cellulaire, trame élémentaire de tous nos organes.

§. I. *Age*. Chez trois malades, l'altération la plus ancienne datait des premières années de la vie (n°s 2, 23 et 24), et chez la plupart des autres elle avait eu lieu à un âge peu avancé. Cependant vous avez vu que les deux tiers de ceux qui font le sujet de la lettre précédente avaient plus de quarante ans. (Voyez page 356.) Mais remarquez que les indurations rouges doivent leur couleur à la présence du sang, et que les progrès de l'âge, en diminuant la souplesse et l'élasticité des parois des artères, les exposent davantage à se rompre sous l'influence de la plus légère congestion. De là la disposition des vieillards aux hémorrhagies cérébrales; de là la facilité avec laquelle les encéphalites sont accompagnées, chez eux, d'infiltration sanguine; vous avez vu que les quatre cinquièmes des malades qui font le

sujet de la première lettre, étaient d'un âge très-avancé.

Mais pourquoi est-ce précisément dans la plus tendre enfance que sont survenues les altérations les plus graves, les plus profondes? Parce que ce n'est guère qu'à cette époque de la vie qu'un hémisphère peut être désorganisé presque en totalité, sans que la mort s'en suive, l'influence du cerveau sur le reste de l'économie allant toujours en augmentant jusqu'à l'époque de son entier développement, ainsi que je l'ai démontré dans ma thèse inaugurale (1), et la résistance à toutes les causes de destruction diminuant avec les progrès de l'âge, par l'effet de la détérioration progressive de tous les organes. C'est ce qui m'a fait dire que la fréquence des *ramollissemens* chez les vieillards ne prouvait pas que ces altérations étaient *propres à la vieillesse*, mais que seulement les vieillards étant dans des conditions moins favorables pour lutter contre la maladie, et celle-ci marchant plus lentement, la mort arrivait presque toujours pendant la première *période de l'inflammation* (2).

§. II. *Causes*. Ce sont les mêmes que celles que je vous ai fait remarquer à l'occasion de toutes les altérations que nous avons étudiées. Les plus fréquentes, celles dont l'action a été la plus manifeste, sont les

---

(1) Observations pathologiques propres à éclairer la physiologie. Paris, 1818.

(2) Voyez Lettre 2, p. 220; Lettre 5, p. 357.

violences extérieures (nos 1, 2, 3, 4, 8); l'extension de l'inflammation du péricrâne à la dure-mère, etc. (nos 5 et 6), l'hypersarcose du cœur (nos 20 et 23); enfin l'abus des liqueurs alcooliques (n° 19, §. II). Dans plusieurs cas d'aliénation mentale, l'encéphalite paraît avoir été provoquée par une méningite chronique (nos 14, 15, 16, 17); dans d'autres, la méningite chronique et l'aliénation mentale ont au contraire succédé à la formation de la cicatrice (nos 2, 13 et 19).

§. III. *Symptômes.* Ceux qui ont accompagné la formation des *cicatrices* n'ont été bien décrits que dans un très-petit nombre d'observations recueillies dans ces derniers temps. La plus intéressante, sous tous les rapports, est celle de Marie P*** (n° 20), chez laquelle on observa deux fois les symptômes les plus caractéristiques de l'encéphalite, d'abord du côté gauche, ensuite du côté droit, et chez laquelle aussi l'on trouva deux *cicatrices*, une dans chaque hémisphère. La plus ancienne appartenait évidemment à un *ancien abcès enkysté.*

Dans d'autres cas, on a observé des symptômes *d'encéphalite aiguë*, compliquée de *méningite* (nos 1 et 13), des symptômes *d'encéphalite chronique* (n° 12), de *ramollissement chronique* (n° 21); dans d'autres, il est question d'hémiplégie, mais sans aucun détail sur les circonstances qui ont accompagné son apparition (nos 19, 22, 23, 24); dans d'autres, les malades avaient reçu des lésions graves à la tête; la peau et même les os du crâne en portaient encore les

traces (nos 1, 3, 4, 8). Nous ignorons de quels symptômes ces graves accidens ont été suivis; mais nous ne pouvons attribuer qu'à l'inflammation les *cicatrices* qui en ont été le résultat. J'en dirai autant des cas dans lesquels la maladie a commencé par le périoste, pour s'étendre ensuite à la dure-mère (nos 5 et 6).

Toutes les autres observations manquent absolument de détails sur les circonstances qui ont accompagné la production des altérations les plus anciennes: faut-il en conclure qu'aucun symptôme ne s'est manifesté à l'époque de leur formation, qu'elles se sont développées sans cause connue, ou sous l'influence d'une cause occulte? Non, sans doute; car ces indurations ressemblaient exactement aux *cicatrices* produites par des lésions traumatiques; et cependant, si nous avons la certitude que ces *cicatrices* ont été produites par d'anciennes inflammations, c'est uniquement parce que les malades avaient reçu des coups à la tête, parce qu'il en existait encore des traces à la peau et aux os, et qu'elles correspondaient à la lésion cérébrale; car, du reste, ces observations ne contiennent absolument rien sur cette première maladie. Vous concevez donc que quand l'inflammation n'a pas été provoquée par une cause violente, quand les symptômes ont complétement disparu depuis long-temps, si le malade éprouve une affection étrangère au cerveau, une phthisie pulmonaire, par exemple (n° 9), il est difficile que le praticien tienne compte de tout ce qui a pu se manifester autrefois du côté de la tête. Lorsqu'une

aliénation mentale a succédé à l'encéphalite (n°s 2, 13 et 19), le malade ne peut plus fournir aucun renseignement. C'est bien pis encore lorsqu'il est tombé dans un état de *démence* accompagné de *paralysie générale incomplète*. Aussi n'est-il pas étonnant que la plupart des observations de M. Bravais manquent de renseignemens sur les circonstances relatives aux *cicatrices jaunes* qui font le sujet de son mémoire.

En résumé, nous voyons ici, comme dans la lettre précédente, que dans tous les cas où le commémoratif était bien détaillé, l'altération *ancienne* a été produite par une inflammation aiguë, sub-aiguë, ou chronique, et que parmi les observations mêmes où les symptômes ne sont pas décrits, il en est beaucoup où l'on ne peut pas mettre en doute l'existence de l'inflammation : tels sont tous les cas de lésion traumatique et ceux où la maladie s'est étendue du périoste à la dure-mère.

§. IV. *Symptômes consécutifs*. Chez quatre malades, la paralysie a persisté après la disparition de l'inflammation; mais chez les deux premiers (n°s 19 et 22), il existait, outre la *cicatrice*, une induration manifeste de la substance cérébrale qui s'étendait profondément dans l'épaisseur du cerveau. Chez les deux autres (n°s 23 et 24), une grande partie de l'hémisphère malade était transformée en tissu cellulaire. Ici la persistance de l'hémiplégie s'explique parfaitement par la gravité et l'étendue de l'altération. Toutefois, cette circonstance mérite d'être remarquée; car les idées de

cicatrisation et de *guérison* sont à peu près inséparables, et se présentent généralement ensemble à tous les esprits; et cependant, par une bizarrerie singulière, aucune des altérations qui font le sujet de cette lettre, ne mérite autant, *par ses caractères anatomiques*, d'être assimilée aux cicatrices ordinaires, que les quatre dont il vient d'être question. Ainsi, la disparition des symptômes n'est pas plus un phénomène propre aux altérations qu'on est convenu d'appeler *cicatrices*, que leur persistance n'appartient à celles auxquelles on réserve le nom de *tumeurs*. Les différences qu'on observe à cet égard dépendent exclusivement de l'étendue, du siége, de la profondeur, etc., des lésions.

Dans beaucoup de cas, les fonctions cérébrales se sont complétement rétablies après la terminaison de l'inflammation par induration, et n'ont plus été troublées depuis ce moment, ou ne l'ont été qu'après un temps fort long (n°s 1, 8, 9, 20, 21). Dans d'autres, il est survenu, à des époques plus ou moins éloignées, de la céphalalgie (n°s 3, 4, 8), des symptômes spasmodiques, qui ont reparu sous forme d'accès plus ou moins rapprochés, des attaques d'épilepsie (n°s 2, 3, 4, 5, 7, 10, 14, 17, 24), de l'aliénation mentale (n°s 2, 13, 19). Nous avons fait à-peu-près les mêmes remarques au sujet des observations de la lettre précédente. Seulement, nous avons vu que beaucoup de ces malades avaient éprouvé un plus ou moins grand nombre d'attaques *apoplectiformes*, sans aucun mélange de symptômes spasmodiques (voyez surtout les six pre-

mières observations), et nous avons attribué le retour de ces attaques d'hémiplégie à autant d'inflammations *aiguës* provoquées par la présence de l'ancienne altération.

Dans cette sixième lettre, nous n'avons pas remarqué ces nombreuses *attaques apoplectiformes*, ces rechûtes plus ou moins semblables entr'elles, et consistant seulement dans le *retour de la paralysie*; car, si les malades des n°s 20 et 21 ont éprouvé deux encéphalites, elles se sont développées dans des parties si éloignées l'une de l'autre, que probablement l'altération ancienne n'a eu aucune influence sur la production de la dernière maladie. A quoi tient l'absence de ces *attaques de paralysie* si communes dans la lettre précédente? Il semble tout naturel de l'attribuer à ce que les cicatrices n'exerceraient pas sur les parties voisines une influence aussi funeste que les tumeurs; mais, en examinant de près les faits, il est facile de se convaincre que cette innocuité n'est pas plus le partage des *cicatrices* que des *tumeurs*. En effet, sur les vingt-quatre malades dont nous venons de rapporter l'histoire, onze ont succombé à une encéphalite récente, plus ou moins aiguë, développée au voisinage de la *cicatrice*, comme le prouve le *ramollissement* et même la *suppuration* de la substance cérébrale environnante. (Voyez n°s 3, 5, 6, 7, 8, 9, 12, 14, 15, 22 et 23). Or, dans tous ces cas, il est impossible de ne pas admettre que c'est la *cicatrice* qui a provoqué le retour de l'encéphalite.

Pourquoi donc ne s'est-il pas développé, comme dans la plupart des cas de la lettre précédente, un certain nombre d'inflammations autour de la première altération ? Est-ce parce qu'elle était *aplatie*, *radiée*, *allongée*, *etc.*? Cela n'est pas probable. Il y a, je crois, ici pétition de principe, car s'il était survenu plusieurs inflammations successives autour de ces cicatrices irrégulières, et qu'elles se fussent terminées aussi par *induration*, elles auraient laissé autour de ce premier noyau de nouvelles couches qui lui auraient donné une forme plus ou moins sphérique, suivant que, placé plus ou moins profondément, il eût pu être enveloppé plus ou moins complétement par la substance cérébrale enflammée, comme on voit, permettez-moi cette comparaison, dans la vessie, un corps grêle donner lieu à une pierre arrondie.

Mais nous reviendrons plus tard sur cette question, en examinant les autres espèces d'indurations, et nous verrons qu'on a souvent pris l'effet pour la cause.

Quoi qu'il en soit, l'absence de ces attaques *apoplectiformes* me fait croire qu'il ne s'est pas développé autour de la cicatrice de nombreuses inflammations du cerveau, comme cela est arrivé dans la plupart des cas d'induration rouge. A quelle cause faut-il attribuer les symptômes qui se sont manifestés après la première maladie?

Mais avant d'aller plus loin, je sens le besoin, pour être bien compris, de m'expliquer sur le sens que j'attache aux mots *excitation*, *irritation*, *inflammation*,

sur la valeur desquels on est loin d'être d'accord, et qu'on ne prend pas la peine de définir. Voici, pour mon compte, l'idée que je me fais des différens états que ces mots représentent, et des principaux phénomènes qui les caractérisent. Cette espèce de digression rentrera dans notre sujet, et d'ailleurs trouvera plus tard de fréquentes applications.

Dans l'*excitation* et même dans la *sur-excitation*, les fonctions sont exagérées; mais elles s'exécutent cependant encore d'une manière régulière: c'est toujours l'état *normal*, l'état *physiologique*.

Dans l'*irritation*, la fonction est exagérée aussi; mais elle s'exécute avec désordre, avec irrégularité : c'est un état *pathologique*, puisque les phénomènes qui en résultent n'atteignent plus leur but. Il y a perturbation dans les effets, par conséquent trouble dans l'organe; maladie enfin. Cependant nos sens ne peuvent apercevoir aucune altération matérielle dans le *tissu propre* de l'organe qui a été le siége de ce *désordre fonctionnel*. Les vaisseaux qui s'y rendent peuvent contenir plus de sang que dans l'état ordinaire, et même que dans l'état de *sur-excitation*; mais le *parenchyme* conserve son organisation première, son élasticité, sa cohésion, enfin tous les caractères qui le distinguent. Il y a maladie, puisque la fonction est pervertie, puisque ce résultat est nuisible à l'économie, au point même que quelquefois la vie en est compromise. Mais cet état peut durer indéfiniment sans amener la moindre désorganisation, sans même laisser le moindre changement

notable dans les tissus: la circulation est accélérée sans doute, l'action du système nerveux est pervertie; mais tant que la maladie conserve le même caractère, le parenchyme de l'organe ne subit aucune modification.

Dans l'*inflammation*, même la plus légère, la plus chronique, il y a, dès le début, changement notable dans la densité, dans l'élasticité, et surtout dans la *cohésion* du *tissu propre* de l'organe; la fonction n'est plus seulement troublée, pervertie, elle est enrayée, suspendue, et bientôt tout-à-fait anéantie dans la partie ainsi altérée. Dès ce moment commence une série de transformations qui sont les mêmes pour tous les tissus, sauf quelques nuances qui tiennent à leur structure propre; ces changemens organiques tendent à ramener tous ces tissus au même état, et à donner aux plus disparates des caractères analogues. Le *premier degré* de ces altérations, le plus constant, par conséquent le plus caractéristique, c'est la *diminution de cohésion;* le *dernier terme,* c'est l'*induration* sous toutes ses formes.

Dans cet exposé rapide de ma manière de concevoir les trois principaux états auxquels j'applique les mots *excitation*, *irritation*, *inflammation*, j'ai fait abstraction des phénomènes intermédiaires, des époques de transition : il en existe sans doute, car il n'y a de tranché que nos divisions et nos classifications; mais ces nuances n'ayant pas reçu de noms, je n'ai pas à m'en occuper ici.

Faisons maintenant au cerveau l'application de ce que je viens de dire de ces trois états, envisagés dans

tous les tissus, dans tous les organes. C'est à une *excitation* cérébrale plus ou moins vive, que l'auteur, le musicien, le peintre, l'orateur, doivent leurs plus belles inspirations; que le danseur, le lutteur, le manœuvre, etc., doivent le développement de toutes les forces musculaires qu'ils possèdent. Il y a dans ces cas exaltation dans l'exercice de la fonction; mais elle s'opère d'une manière régulière; à quelque degré que cette exaltation soit portée, c'est toujours l'état physiologique.

Des douleurs physiques, quel que soit leur point de départ, des peines morales, quelle que soit leur cause, des passions violentes, des travaux forcés, etc., peuvent produire des contractions spasmodiques, des convulsions, des attaques d'épilepsie, de l'aberration dans les idées, du délire, de la folie. Il y a certainement alors perturbation dans l'action du cerveau; il peut être plus injecté; il est dans un état pathologique, puisque la fonction s'exécute d'une manière désordonnée : mais cet état, tant qu'il reste le même, ne laisse après la mort aucun changement appréciable dans la *texture* de la substance cérébrale. Ceci est surtout remarquable dans l'aliénation mentale. Voilà ce que j'appelle *irritation*.

Or, ce que produisent les affections morales par leur action directe sur le cerveau, et les douleurs physiques par l'intermédiaire du système nerveux, l'inflammation des méninges le produit par voie de contiguité; c'est-à-dire, qu'elle détermine justement ce

degré d'exaltation dans la fonction qui s'accompagne de désordre, mais non d'altération matérielle, appréciable, du parenchyme du cerveau; ce degré que j'appelle *irritation,* le seul qui soit susceptible de produire les contractions spasmodiques, le délire, la folie, etc.

En effet, dans l'*excitation* la fonction est exagérée, mais non pervertie, irrégulière. Dans l'inflammation, elle est entravée dès le principe, et cesse bientôt complétement, sinon dans tout l'organe, du moins *dans la partie affectée*; elle y détruit les fonctions intellectuelles motrices et sensitives. Aussi, lorsque l'encéphalite succède à la méningite, elle fait ordinairement cesser l'agitation, les convulsions, le délire, comme le feraient une hémorrhagie cérébrale, une commotion, une lésion traumatique, un épanchement considérable de sérosité, l'application de la main sur une large cicatrice qui remplace une portion du crâne (voyez n° 2), etc.; comme doit le faire en un mot toute cause qui suspend ou détruit les fonctions de l'organe. Si cette cause est écartée, les symptômes spasmodiques, le délire, etc., peuvent reparaître : c'est ce qui arrive tous les jours, lorsqu'on fait cesser la compression exercée par une pièce d'os enfoncée, par un épanchement, etc., etc.; le même effet s'observe souvent quand plusieurs saignées ont arrêté la marche de l'encéphalite.

J'ai dit que l'encéphalite détruisait les fonctions de *la partie affectée*; j'ai besoin de développer ma pensée.

Les deux hémisphères sont assez indépendans l'un

de l'autre, pour que le droit puisse être malade sans que le gauche en souffre. Il est vrai que si l'inflammation est violente, la turgescence peut être portée au point de produire une certaine compression des parties saines ; et cela se conçoit d'autant plus facilement, que le cerveau remplit exactement une cavité inextensible : aussi arrive-t-il souvent, vers la fin de la maladie, que les deux moitiés du corps sont presque également paralysées, et que les fonctions intellectuelles sont entièrement abolies. Mais quand l'encéphalite n'a pas atteint ce haut degré d'intensité, la moitié du corps opposée à l'hémisphère malade est seule paralysée, l'intelligence n'est que diminuée, et même elle ne paraît pas avoir autant souffert que le mouvement et la sensibilité, ce qui tient à un vice de raisonnement que je dois vous faire remarquer, puisque l'occasion s'en présente. Quand on voit une moitié du corps complétement privée de mouvement et de sensibilité, il semble que le malade devrait avoir aussi perdu toute intelligence ; mais on ne réfléchit pas que l'autre moitié du corps continue à se mouvoir et à sentir comme avant la maladie, et qu'une diminution de moitié dans l'intelligence équivaut exactement à une hémiplégie complète. Cette étrange préoccupation qui consiste à comparer toujours les fonctions intellectuelles, en général, à l'état d'une seule moitié du corps, a conduit à bien des erreurs dans l'appréciation comparative des différens symptômes produits par les affections cérébrales.

Quoi qu'il en soit, dans les cas d'encéphalite peu intense dont je parlais, c'est évidemment l'hémisphère sain qui est le siége des fonctions intellectuelles dont jouit encore le malade, comme c'est lui qui préside au mouvement et au sentiment dans la moitié opposée du corps. Si dans ce moment il survient une méningite, elle ne produira aucun effet apparent sur la moitié du cerveau dont les fonctions ont déjà cessé; mais rien n'empêche qu'elle ait sur l'autre moitié son influence ordinaire. Il pourra donc résulter de *l'irritation* de cet hémisphère des convulsions dans les membres qui avaient conservé leur mouvement; par la même raison il pourra se manifester du délire. A la vérité, ce délire ne sera ni violent, ni bruyant, ni loquace; ce sera une espèce de murmure sourd, presque inintelligible, accompagné de somnolence et d'accablement; c'est-à-dire, qu'il sera proportionné à ce qui restait d'intelligence au malade quand la méningite s'est manifestée : en d'autres termes, il sera proportionné à la quantité de cerveau qui remplissait encore ses fonctions.

Dans le cas que je suppose, les phénomènes qu'on observe dans les membres expliquent parfaitement ce qui se passe sous le rapport de l'intelligence. En voyant une moitié du corps agitée de convulsions, et l'autre paralysée, nous attribuons, sans hésiter, les phénomènes spasmodiques, non pas à *l'inflammation* de l'hémisphère correspondant, mais à *l'irritation* de l'hémisphère opposé; il doit en être de même du délire.

Seulement, comme la paralysie et les convulsions forment un contraste frappant, comme l'influence de chaque hémisphère sur la moitié opposée du corps est bien connue, nous ne pouvons avoir aucun doute sur la cause des convulsions; il n'en est pas de même quant au délire. Nous n'avons aucun moyen direct de constater la part que prend chaque hémisphère dans la production des phénomènes intellectuels.

Il n'en est pas de l'intelligence comme des autres fonctions du cerveau; quand il s'agit du mouvement et de la sensibilité, il suffit d'examiner ce qui se passe dans les deux moitiés du corps, pour savoir à quoi s'en tenir sur l'état des deux moitiés du cerveau. Quant aux phénomènes intellectuels, nous en sommes réduits à constater qu'il y a augmentation, diminution ou perturbation. Ce n'est que par analogie que nous pouvons présumer quelle influence chaque hémisphère apporte dans ces changemens (1). Or, dans le cas que j'ai supposé, l'analogie ne nous permet pas de croire que le délire

(1) Au moment où l'on imprimait cette feuille, j'ai eu l'occasion de voir un fait trop curieux pour que je n'en cite pas les principales circonstances. M. le docteur Bally, médecin à l'Hôtel-Dieu, avec lequel j'avais eu une longue conversation au sujet de divers symptômes d'affection cérébrale, eut la bonté de me faire voir, pendant sa visite, un de ses malades, âgé de cinquante-cinq ans, homme de lettres, jouissant d'une grande intelligence, et presque guéri d'une ancienne hémiplégie. Il rendait compte de ses sensations avec une

soit produit par la moitié du cerveau dont les fonctions sont anéanties, comme le prouve la paralysie des membres du côté opposé; il est plus naturel d'attribuer le délire à l'autre hémisphère, dont les fonctions sont seulement exaltées et perverties : en d'autres termes, tout doit nous porter à penser que, dans ce cas, le délire est dû à la même cause que les convulsions, c'est-à-dire à l'irritation de l'hémisphère cérébral dont le tissu n'est pas altéré.

Passons maintenant à un cas analogue au précédent, mais plus obscur et plus délicat : puisque nous avons abordé ce sujet, nous ne devons reculer devant aucune des difficultés qu'il présente. Si l'inflammation

---

précision qui nous fit multiplier les questions; entre autres choses, il nous dit qu'il ressentait encore dans le côté qui avait été paralysé, une espèce d'engourdissement ou de paresse, que la force de sa volonté finissait cependant par faire disparaître. « Quand je marche sans y penser, ajouta-t-il, ma jambe traîne un peu; mais quand j'y fais attention, je m'en sers presque comme de l'autre. C'est comme pour la mémoire, j'ai besoin aujourd'hui de toute mon attention pour la retrouver. J'avais autrefois une très-grande facilité de rédaction; je comprenais vite, et je rendais bien ce que j'avais à dire; aujourd'hui, j'ai besoin d'un peu de temps pour me mettre en train. Il me semble qu'il y a dans ma tête une espèce de planche qui la partage en deux moitiés de force inégale; et lorsque je réfléchis, on dirait qu'elles n'agissent pas exactement de la même manière, et qu'une des deux moitiés est plus faible et entrave l'autre. » Je rapporte les propres expressions du ma-

est légère, peu étendue, si elle marche lentement, elle se rapproche autant que possible, surtout à son début, de ce que nous avons appelé *irritation:* de plus, cette légère inflammation peut succéder à une irritation plus ou moins vive, plus ou moins prolongée : c'est même ce qui arrive le plus ordinairement. Ces deux états se succèdant sans interruption, on conçoit qu'il est bien difficile de saisir nettement le moment où l'un est remplacé par l'autre, et par conséquent d'attribuer à chacun les symptômes qui lui appartiennent. On sera donc tenté de mettre sur le compte de l'inflammation les phénomènes spasmo-

---

lade, parce qu'elles paraissent caractériser parfaitement les sensations qu'il éprouvait. Ses remarques méritent d'autant plus de confiance, qu'il les avait souvent reproduites sous diverses formes, et qu'elles n'étaient pas suggérées par ses lectures, ou par des conversations avec les élèves, ainsi que je m'en suis assuré par de nombreuses questions. « Que voulez-vous, disait-il, je n'exprime peut-être pas bien ce que je veux dire, mais je n'en sais pas davantage ; voilà ce que je sens : c'est comme une cloison qui séparerait ma tête en deux parties, etc. »

Ce qui est remarquable ici, c'est le rapprochement de l'espèce de paresse éprouvée dans les membres et dans les fonctions intellectuelles; c'est surtout le sentiment d'inégalité d'action dans les deux moitiés du cerveau, pendant la production de la pensée. Il est difficile de trouver des malades dans les conditions nécessaires pour éprouver et pour exprimer de pareilles sensations.

diques continus ou intermittens, le délire, etc., qui se seront manifestés tout-à-fait au début de la maladie, quand le tissu du cerveau n'avait encore subi aucune altération appréciable.

Mais je vais plus loin : ces symptômes d'irritation peuvent même se manifester lorsque l'inflammation est bien établie, lorsque déjà une partie du cerveau est désorganisée, sans que pour cela on soit autorisé à les attribuer à la partie enflammée.

Nous venons de voir que quand l'encéphalite n'était pas assez violente pour amener la compression de l'hémisphère sain, il continuait ses fonctions, et pouvait, s'il était irrité, produire des convulsions, du délire, etc., en même temps que l'altération de l'autre hémisphère produisait la paralysie de l'autre moitié du corps. Eh bien ! ces deux états différens des deux hémisphères, qui se manifestent isolément sur les deux moitiés du corps, peuvent se rencontrer dans le même hémisphère, et dans des conditions telles que les phénomènes qu'ils produisent soient susceptibles de se manifester dans les mêmes parties. Il suffit pour cela que l'inflammation soit assez peu intense, assez peu étendue, pour ne pas détruire complétement les fonctions du reste de l'hémisphère; et c'est ce qui arrive en effet quelquefois, surtout au début de la maladie.

Voilà ce qui explique le singulier mélange de symptômes spasmodiques et paralytiques qu'on observe souvent pendant plusieurs jours dans les mêmes membres; mélange que je vous ai signalé comme le caractère le

plus distinctif de l'encéphalite. C'est ainsi que les contractions involontaires peuvent coïncider avec la perte du mouvement et du sentiment. Cette coïncidence est surtout évidente quand les symptômes spasmodiques sont intermittens. Dans l'intervalle des accès, les membres sont plus ou moins paralysés et dans un état de flaccidité ; pendant l'accès, ils se contractent avec force. Que se passe-t-il alors? croyez-vous que ce soit de la portion enflammée de l'hémisphère que proviennent les convulsions? Non, ses fonctions ont cessé, comme le prouve la paralysie. Ces symptômes spasmodiques ne peuvent être dûs qu'à l'irritation des parties voisines, qui ne sont pas encore altérées; irritation qui s'exaspère momentanément et se manifeste par tous les phénomènes d'une brusque et vive congestion. Alors c'est l'influence de cette récrudescence de l'irritation dans les parties restées saines, qui l'emporte sur les effets de la désorganisation : après l'accès, l'*irritation* des parties saines ayant cessé, les effets de l'inflammation se montrent seuls, et les membres retombent dans la paralysie.

Il se passe ici, entre deux portions d'un même hémisphère, dont l'une est *enflammée* et l'autre *irritée*, ce qui a lieu dans un cerveau dont un hémisphère est *enflammé* et l'autre *irrité*; seulement, quand il s'agit de comparer l'état des différentes parties d'un même hémisphère, on ne peut distinguer nettement les phénomènes produits par l'*inflammation* et par l'*irritation*, que quand ils se succèdent de manière à prédominer

alternativement, parce qu'ils se manifestent dans les mêmes muscles; mais c'est exactement la même complication que quand une moitié du corps est paralysée et l'autre en convulsion : c'est toujours, dans un cas comme dans l'autre, la partie *enflammée*, désorganisée, qui produit la paralysie, et la partie non altérée, mais *irritée*, qui détermine les convulsions. Vous concevez, du reste, que la combinaison de ces deux ordres de symptômes peut varier à l'infini suivant le degré d'intensité et l'étendue, etc., de l'inflammation.

Les symptômes spasmodiques qui se manifestent dans les membres paralysés, nous permettent de constater que les fonctions cérébrales relatives au mouvement peuvent être exaltées et perverties dans une partie d'un hémisphère, en même temps qu'elles ont cessé complétement dans un autre point du même hémisphère. Pourquoi n'en serait-il pas de même pour les fonctions intellectuelles ? S'il survient pendant un de ces accès de convulsions un délire fugace, léger, momentané, faudra-t-il l'attribuer à la partie de l'hémisphère désorganisée par l'inflammation, ou aux parties voisines dont le tissu est encore intact, mais dont les fonctions sont troublées par le retour de l'irritation ? L'encéphalite ne provoque-t-elle pas dans ce cas l'*irritation* de la partie de l'hémisphère qui n'est pas désorganisée, comme la méningite la provoque dans un hémisphère sain ? Et ce qui se passe relativement aux mouvemens ne donne-t-il pas l'explication de ce qui doit se passer relativement aux fonctions intellectuelles?

En supposant donc qu'il soit bien constaté que du délire ait existé dans un cas d'encéphalite simple, ce ne serait pas encore à l'inflammation qu'il faudrait l'attribuer, mais à l'irritation qui l'aurait précédée ou accompagnée; ce ne serait pas la partie enflammée qui aurait été le siége du délire.

Maintenant, pour faire l'application de cette digression aux cas qui nous occupent, j'en conclurai que les convulsions générales, les contractions spasmodiques, les attaques d'épilepsie, le délire, la folie, etc., doivent être attribués à un état d'irritation du cerveau, et non à une véritable inflammation.

Mais cette irritation, quelle cause l'a provoquée, reproduite, entretenue? est-ce la présence des *cicatrices*, des *tumeurs*, des *abcès enkystés*, etc.?

La réponse affirmative est sans contredit celle qui se présente la première à l'esprit; il semble même qu'on ne puisse avoir une autre pensée, ni chercher une autre cause. Examinons cependant cette question, comme toutes les autres, les faits à la main.

Remarquez d'abord qu'on a trouvé une complication de méningite dans tous les cas d'encéphalite bien détaillés, où il a existé du délire (1), de l'aliénation mentale (2), des symptômes spasmodiques généraux reve-

---

(1) Lettre 3, nos 1, 5, 6, 9, 13, 18, 19: lettre 4, nos 2, 15, 25, 26, 28; lettre 5, nos 17, 25; lettre 6, nos 12, 13.

(2) Lettre 5, nos 2, 19; lettre 6, nos 2, 13, 14, 15, 17, 18, 19.

nant par accès (1), enfin de véritables attaques d'épilepsie (2). J'insisterai particulièrement sur ce dernier symptôme, parce que c'est le plus important et celui que nous avons le moins étudié.

Les symptômes spasmodiques généraux qui reviennent par accès, peuvent présenter une foule de nuances qui ne méritent pas réellement d'être distinguées; c'est toujours le même phénomène dû à la même cause, l'*irritation* momentanée du cerveau, produisant une congestion brusque, qui entraîne une violente perturbation dans la fonction. Mais, pour m'en tenir aux cas où les accès ont présenté les caractères épileptiques, vous pouvez constater, en comparant entr'elles les dernières observations que je viens de vous citer, que ces accès ont été très-prolongés, très-violens, très-rapprochés, et quelquefois même presque continus, toutes les fois qu'ils ont été dûs à une méningite *aiguë*. Dans le principe, tous les muscles prenaient part aux convulsions; plus tard, on remarquait dans l'intervalle un commencement d'hémiplégie qui annonçait le début de l'encéphalite; plus tard encore, les parties paralysées cessaient de prendre part aux accès; en un mot, l'influence de la méningite était parfaitement

---

(1) Lettre 1re, nos 8, 14; lettre 2, no 9; lettre 3, no 14; lettre 4, no 30; lettre 5, nos 13, 23.

(2) Lettre 1re, no 13; lettre 2, nos 3, 4, 5, 8, 14; lettre 4, nos 3, 4, 12, 25; lettre 6, nos 1, 2, 3, 4, 5, 7, 10, 14, 17.

distincte de celle de l'encéphalite, et, après la mort, on a trouvé, indépendamment de l'altération du cerveau, des épanchemens de sérosité trouble, puriforme, etc.; dans les ventricules ou à la surface du cerveau, des adhérences albumineuses, ou déjà organisées entre les méninges, etc, suivant l'intensité de l'inflammation et l'époque de la mort. Or, dans les cas où les accès sont revenus avec moins d'intensité, à des intervalles plus considérables, on a trouvé les méninges opaques, dépolies, épaissies, couvertes de villosités, la pie-mère infiltrée, les ventricules distendus par de la sérosité, ainsi que la grande cavité arachnoïdienne, en un mot, des traces incontestables de méningite chronique. En voyant la durée, l'intensité, la fréquence des accès coïncider d'une manière si exacte avec le degré d'acuité de la méningite, comment ne pas la regarder comme la cause provocatrice de ces accès?

Une autre circonstance non moins remarquable, c'est que, dans ces attaques, les symptômes affectent également les deux moitiés du corps, excepté, bien entendu, lorsque l'une des deux est déjà entièrement paralysée. La méningite ne se borne pas ordinairement à un côté du cerveau ou à un ventricule; son influence doit donc être générale; mais les cicatrices, les tumeurs, les abcès enkystés ne peuvent agir en même temps sur toutes les parties de l'encéphale, et, comme nous l'avons vu, l'action des deux hémisphères est assez isolée pour que l'un soit irrité sans que l'autre y prenne part. Si les attaques d'épilepsie

étaient provoquées par la présence des cicatrices, tumeurs, etc., les convulsions ne devraient se manifester que dans la moitié du corps opposée à l'altération, ainsi que cela eut lieu chez le malade qui fait le sujet de l'observation n° 11. Dans ce cas, très-rare, on ne peut se refuser à regarder la cicatrice comme la seule cause d'irritation qui provoquait le retour des accès, puisqu'ils ne se manifestaient que du côté du corps opposé; mais cet exemple même tend à faire croire que, dans les autres cas, les accès tenaient à quelque autre cause que l'altération cérébrale; car, sans cela, les convulsions auraient dû se borner aussi au seul côté opposé: puisqu'il n'en a pas été ainsi, il faut bien admettre l'influence d'une cause qui ait agi en même temps sur toutes les parties du cerveau.

Peut-être penserez-vous que l'irritation provoquée dans un point de la substance cérébrale, par une cause dont l'action est d'abord circonscrite, s'étend facilement de proche en proche, et envahit bientôt toutes les parties de l'encéphale, de manière à ce que la congestion, de locale qu'elle était d'abord, devienne bientôt générale. A la rigueur, cela peut être; mais voici des faits qui prouvent que cette extension de l'irritation n'est pas aussi facile qu'on l'imagine.

Les moutons sont sujets à des accès qui ont de l'analogie avec ceux de l'épilepsie, mais qui en diffèrent en ce qu'il n'y a qu'un seul côté du corps qui entre en convulsion; c'est même cette circonstance qui, donnant momentanément à ce côté de la prédominance sur

l'autre, force l'animal à tourner en cercle; et c'est ce mouvement de rotation qui a fait donner à la maladie le nom de *tournis*. Ici donc les attaques sont *unilatérales*, comme chez le malade n° 11. Pourquoi? c'est qu'elles sont provoquées par une cause qui n'agit que sur une partie du cerveau : cette cause est une hydatide composée d'une collection d'individus vivant en famille à la surface d'un kyste, armés de crochets et de suçoirs à l'aide desquels ils se nourrissent. On conçoit facilement que l'action de ces animaux, saillans à la surface du kyste commun, doit avoir sur les parties voisines une influence plus grande que la seule présence d'une cicatrice, d'une tumeur, etc. : aussi est-il certain que ce sont ces hydatides qui provoquent le retour des accès, puisque les convulsions sont bornées au côté du corps opposé à l'hémisphère qui loge le kyste hydatique. Pourquoi n'en serait-il pas de même dans l'épilepsie, si c'étaient les cicatrices, les tumeurs, etc., qui provoquassent *seules* le retour des accès?

Ne croyez pas cependant que je prétende refuser toute influence à ces altérations anciennes sur les parties voisines; je n'oublie pas qu'elle peut aller jusqu'à produire de nouvelles inflammations : mais précisément, lorsque cela arrive, les symptômes ne se manifestent que sur la moitié du corps opposée, quoique la congestion *locale* soit alors bien plus violente que pendant un accès d'épilepsie. Ce que j'ai voulu établir dans cette discussion, c'est qu'on accorde trop d'influence aux cicatrices, tumeurs, etc., dans la pro-

duction des accès épileptiques; c'est qu'on a eu grand tort, jusqu'à présent, de ne tenir presque aucun compte de l'état des méninges; c'est que, les symptômes épileptiques étant généraux, il faut les attribuer à la méningite, quand on trouve à la fois une altération ancienne et circonscrite du cerveau, et des traces de méningite chronique.

§. V. *Symptômes de la dernière maladie.* Nous avons examiné les symptômes qui ont accompagné la formation des cicatrices, ceux qui se sont manifestés depuis, et nous avons tâché d'apprécier la part que l'altération du cerveau avait pu avoir dans la production de ces derniers, ainsi que celle qu'il fallait attribuer à l'affection chronique des méninges, etc., etc. Il nous resterait à comparer les symptômes de la dernière maladie avec les altérations récentes auxquelles il faut attribuer la mort; mais cette récapitulation exigerait presque un nouvel examen de chaque fait particulier, et ne ferait que confirmer ce que nous avons vu dans la lettre précédente (voyez le §. VIII, page 382 et suiv.), c'est-à-dire, que ces symptômes ont varié comme la maladie à laquelle chaque individu a succombé, et s'accordent avec les altérations récentes trouvées à l'ouverture des corps, etc., etc. Je ne puis donc que vous renvoyer aux réflexions qui accompagnent chaque observation; elles vous convaincront de plus en plus de la nécessité d'envisager les faits de cette nature, non comme une seule et même maladie, mais comme une série de maladies qui se suc-

cèdent ou se compliquent, et dont il est indispensable d'étudier séparément la marche et l'influence.

§. VI. *Organisation.* Les altérations dont nous venons de nous occuper ont été regardées comme des cicatrices, ou comparées à des cicatrices. Mais qu'est-ce qu'une *cicatrice?* Il semble presque ridicule aujourd'hui de faire une pareille question. Cependant il s'en faut de beaucoup qu'on se fasse une idée exacte de ce qui constitue essentiellement ce qu'on est convenu d'appeler *cicatrice*, du travail qui préside à sa formation, etc.; il s'en faut surtout de beaucoup qu'on ait rapproché les uns des autres tous les phénomènes qui se ressemblent. Que de noms différens pour exprimer des choses de même nature! que de faits isolés dans la science ont cependant un lien commun! Oublions donc pour un moment les idées qui nous ont été transmises; faisons abstraction des mots; étudions les choses en elles-mêmes, dans tous les tissus, et envisageons-les d'une manière plus générale qu'on ne l'a fait jusqu'à présent.

Quand des parties molles divisées ont été rapprochées exactement, si l'on a l'occasion d'examiner les tissus au bout de deux ou trois jours, on les trouve rouges, tuméfiés, infiltrés, *ramollis* jusqu'à une certaine distance de chaque surface; on remarque entre elles une substance gélatino-albumineuse, mollasse, élastique, intimément adhérente aux deux lèvres de la plaie. Ainsi, dans ces premiers momens, les parties divisées ont perdu leur cohésion, sont pénétrées de liquides, et leurs sur-

faces ne sont encore réunies que par des sucs visqueux. Après la guérison, on trouve un corps plus ou moins *dur*, blanchâtre, résistant, d'une texture plus ou moins serrée, qui unit les tissus dont l'organisation n'a pas changé. Que s'est-il passé là? Les parties tuméfiées, *ramollies*, se sont dégorgées, ont repris de la consistance; les sucs, infiltrés dans leur parenchyme ou déposés à leur surface, se sont épaissis par l'absorption des portions les plus liquides; ces matériaux nouveaux se sont comme identifiés avec le réseau vivant qui les enveloppait, à mesure que celui-ci devenait lui-même plus ferme, plus résistant : enfin le tout a formé un corps compacte, homogène, plus ou moins semblable au tissu fibreux, jouissant à peu près des mêmes propriétés, du même degré de vitalité, et *plus dur* que les parties qu'il réunit.

Les mêmes causes produisent des effets semblables dans tous les organes, avec quelques modifications qui dépendent de leur texture, de leur forme, et même de leurs fonctions. Le travail de la cicatrisation à la suite des solutions de continuité de la peau, du tissu cellulaire, des muscles, des nerfs, etc., ne peut donner lieu à aucune remarque importante; le phénomène de *l'induration* y est d'ailleurs facilement appréciable à cause de la souplesse de ces tissus. Je passe donc à des cas qui présentent quelques circonstances particulières, importantes à étudier.

Quand une ligature est appliquée sur une artère, la membrane celluleuse est mise en contact avec elle-

même par la rupture des membranes moyenne et interne : le sang arrêté au-dessus se coagule jusqu'à la hauteur de la première collatérale assez volumineuse pour entretenir le mouvement circulatoire; les tissus comprimés ne tardent pas à s'enflammer, et peu à peu l'inflammation s'étend aux parties voisines; elles s'injectent, se pénètrent de fluides, perdent leur cohésion, et se laissent facilement diviser par le corps étranger. Si quelque tissu fibreux a été compris dans la ligature, elle tombe plus tard, parce que l'inflammation s'y développe plus lentement à raison de sa texture dense et peu vasculaire : mais tôt ou tard le ramollissement arrive toujours à réduire tous les tissus embrassés par le fil à la consistance d'un fluide visqueux. En même temps la membrane interne, enflammée aussi, sécrète un fluide semblable qui se condense à la surface du caillot sous la forme d'un tube membraneux. Dans le principe, cette pellicule, extrêmement mince et presque sans consistance, peut cependant être séparée facilement du caillot et de la surface de l'artère; mais plus tard on aperçoit, quand on sépare ces parties, des filamens grêles, transparens et très-fragiles, qui par la suite établissent entre elles des rapports de plus en plus intimes. Plus tard encore il est impossible de séparer de la surface de l'artère ou du caillot cette membrane accidentelle, sans la rompre, quoiqu'elle soit cependant plus résistante. Enfin, il arrive une époque où elle ne peut plus être distinguée.

Pendant ce temps-là, d'autres changemens s'opèrent

dans le caillot; il diminue d'abord rapidement de volume; il perd ensuite sa matière colorante, prend plus de densité, adhère plus intimement à la paroi interne de l'artère, au moyen de la membrane accidentelle; enfin il se transforme en un corps blanchâtre, ferme, résistant, etc. Si l'on a l'occasion d'examiner, au bout d'un an, l'extrémité d'une artère oblitérée, on la trouve transformée en un cordon blanc, dur, nacré, semblable à un ligament fibreux ou à un tendon grêle : on n'y distingue plus de traces du caillot ni des membranes artérielles.

Que s'est-il passé là? Un *ramollissement* des tissus enflammés, accompagné d'infiltration dans leur épaisseur et d'épanchement à leur surface, de fluides nouveaux; puis une *induration* des tissus ramollis, avec condensation et organisation des fluides infiltrés ou épanchés.

Ici se présente une circonstance particulière et bien digne de remarque : le caillot n'était pas, comme les autres liquides, un produit de l'inflammation; il se trouvait, dans le principe, complétement isolé des parois de l'artère; c'était un véritable corps étranger placé *accidentellement* au milieu d'un travail inflammatoire: cependant il en a subi l'influence, comme tous les produits de l'inflammation, infiltrés dans les tissus environnans ou épanchés à leur surface; il s'est bientôt condensé par la perte de ses élémens les plus liquides, et n'a pas tardé à contracter des adhérences avec les parties voisines; peu à peu l'absorption l'a

modifié dans toute son épaisseur, de manière à changer entièrement sa couleur, sa consistance, sa composition. A mesure que ces changemens se sont opérés, son union avec les parois de l'artère est devenue de plus en plus intime; il s'est, en quelque sorte, identifié avec elles; il a partagé leur organisation, leur vitalité, au point qu'il est devenu impossible d'établir la moindre différence entre toutes ces parties d'abord si distinctes.

J'ai cru devoir insister particulièrement sur ces changemens observés dans le caillot pendant la cicatrisation des artères, parce que, s'opérant séparément et dans les circonstances les plus favorables à leur examen, ils peuvent nous donner une idée plus nette de ceux qu'éprouvent d'autres liquides, dans des cas analogues, où les phénomènes sont beaucoup plus difficiles à apprécier.

Les tissus fermes, et même tout-à-fait durs, éprouvent les mêmes changemens que les tissus mous, sous l'influence des mêmes causes; mais comme on ne les a pas envisagés sous le point de vue qui nous occupe, nous avons besoin d'entrer à leur égard dans quelques développemens.

Après les solutions de continuité de la cornée, il reste des cicatrices plus ou moins *opaques*, plus ou moins étendues, suivant la forme de la plaie et l'intensité de l'inflammation qui l'a suivie. Des fluides nouveaux se sont donc infiltrés dans le tissu de la cornée, ont été déposés sur les surfaces divisées, se

sont combinés avec la trame de l'organe enflammé, de manière à former un tissu *plus dur*, plus résistant que celui qui existait auparavant.

Quand un tendon a été rompu ou divisé, ses extrémités se pénètrent de liquides, perdent de leur cohésion; une matière gélatineuse s'épanche dans l'intervalle, etc.... Plus tard, on trouve les deux portions réunies par un renflement noueux, plus *dur*, plus résistant que le tissu primitif : il y a donc eu ici encore *ramollissement* des parties divisées, infiltration, épanchement des matériaux produits par l'inflammation; puis condensation, organisation et *induration* du tout.

Quand un cartilage a été fracturé, le périchondre se ramollit, ainsi que l'extrémité des fragmens; une matière gélatineuse s'infiltre dans leur épaisseur, et s'épanche à leur surface; plus tard, le tout se condense, s'endurcit, et finit par se pénétrer de phosphate de chaux; car c'est par un véritable cal osseux que la réunion s'opère. Ainsi, quoique le tissu primitif fût déjà bien dur, le tissu nouveau l'est encore davantage. La réunion des cartilages fracturés s'opère donc par un travail analogue à celui qui produit la cicatrisation des parties molles : le tissu nouveau reconnaît la même cause que les cicatrices dont je viens de parler; il remplit les mêmes fonctions, il en a le caractère essentiel, l'*induration;* c'est donc une véritable *cicatrice.*

Mais voyons ce qui se passe dans un tissu plus dur encore, dans le tissu osseux. Les phénomènes qui ac-

compagnent la consolidation des fractures ont de tout temps attiré l'attention des observateurs, à cause de leur importance pratique : l'extrême lenteur avec laquelle ils se succèdent, et la nature même de leur résultat, ont permis d'en suivre les progrès pour ainsi dire jour par jour : nous en indiquerons seulement les circonstances les plus saillantes.

La première période se compose, comme dans toutes les inflammations, du *ramollissement* des parties, avec infiltration d'une matière gélatineuse dans leur épaisseur, et épanchement de même nature à leur surface. Ce travail n'arrive à son entier développement qu'au bout d'environ quinze jours, parce que l'inflammation procède lentement dans des organes denses et pourvus de peu de vaisseaux: aussi est-ce par le tissu médullaire qu'il commence, et par le tissu osseux qu'il finit. On trouve alors entre les fragmens, à leur surface extérieure, et dans le canal osseux, une substance gélatineuse, homogène, rougeâtre, dans laquelle on ne reconnaît plus de traces de l'organisation primitive du périoste ni du tissu médullaire. Plus tard, cette masse, comme inorganique, se condense, se durcit; il s'y développe des granulations osseuses semblables à des grains de sable. Ces points d'ossifications se montrent d'abord dans les parties les plus éloignées de la fracture, parce que c'est là que l'inflammation a été moins intense, qu'elle s'est arrêtée plus tôt, et qu'a commencé la seconde période, celle de l'*induration*.

Bientôt les molécules de phosphate de chaux se

multiplient, et forment un tissu chaque jour plus compacte, plus *dur*, et plus semblable au tissu osseux, qui, gagnant de proche en proche jusqu'au niveau de la fracture, remplit l'étui médullaire et forme à l'extérieur une espèce de virole osseuse; celle-ci est renflée vers le centre, parce que c'est au niveau des fragmens que l'inflammation est plus intense et par conséquent le gonflement plus prononcé : plus tard encore, la substance molle qui séparait l'extrémité des fragmens s'ossifie peu à peu, et établit entre eux une véritable continuité : le travail de l'*induration* est terminé.

Si, plusieurs années après l'accident, on scie l'os suivant sa longueur, on trouve encore au niveau de la fracture des traces de l'ossification du périoste et de la moelle; le tissu de l'os lui-même est plus compacte, évidemment pénétré de plus de phosphate de chaux, et comme *éburné;* il est aussi plus difficile à scier et à rompre. De tout temps, les praticiens ont observé que les fractures qui surviennent long-temps après un premier accident ne s'opèrent pas à l'endroit du cal.

Il y a donc dans la consolidation des os, comme dans la réunion des tissus mous, *diminution de cohésion*, infiltration, épanchement, puis condensation de fluides; combinaison de nouveaux matériaux avec la trame primitive des parties; enfin *induration*, car l'os lui-même est devenu en quelque sorte *plus osseux*, et l'*induration* ne peut pas aller plus loin dans le tissu *le plus dur* de l'économie.

Ainsi le cal est dû à la même cause que toutes les

cicatrices des tissus mous; il suit la même marche dans sa formation, il en a tous les caractères, il remplit les mêmes fonctions : le cal est donc une véritable *cicatrice*.

Il est une autre espèce d'*induration* des parties molles, à laquelle on a constamment aussi donné le nom de *cicatrice*; c'est celle qui succède aux solutions de continuité, accompagnées de perte de substance. Voyons ce qui se passe dans ce travail.

La surface divisée s'injecte, se pénètre de sucs nouveaux, se tuméfie, se transforme en un tissu rougeâtre, mollasse, sans cohésion, en un mot *ramolli*; c'est ce qu'on appelle *bourgeons charnus*. Un liquide sanguinolent, puis purulent, s'en échappe. Mais peu à peu commence un autre travail : le pus devient plus épais, plus visqueux, se concrète, se dessèche et forme à la surface des *bourgeons charnus* une pellicule ou une croûte plus ou moins épaisse, à l'abri de laquelle le tissu cellulaire sous-jacent reprend de la consistance; ses aréoles, auparavant distendues par l'afflux des liquides, reviennent sur elles-mêmes à mesure que la congestion diminue; la partie la plus liquide des matériaux qui y avaient été déposés, est absorbée; l'autre s'épaissit par le fait même de cette absorption; le tout se resserre, se condense, s'organise, se *durcit* de plus en plus, et forme le tissu nouveau auquel on a donné le nom de *cicatrice*.

On peut suivre facilement de l'œil les progrès de cette absorption, et de la condensation qui en est la

suite, en examinant ce qui se passe à la surface des *bourgeons charnus* : on les voit s'affaisser, s'aplatir, se rapprocher, et finir par se confondre, en formant une surface unie. On peut se convaincre que le même phénomène se passe dans tous les sens par les changemens qu'on observe dans l'étendue de la plaie, à mesure que le travail de la cicatrisation fait des progrès. Si les parties voisines sont mobiles, élastiques, cette condensation, dans le sens de la largeur, n'éprouve aucun obstacle; la circonférence de la plaie est facilement attirée vers le centre; l'organisation marche rapidement; le tissu nouveau qui en est le résultat est très-compacte, a beaucoup d'épaisseur et peu de surface. Le contraire a nécessairement lieu dans les circonstances opposées : quand les parties qui avoisinent la plaie résistent, le travail marche très-lentement; la cicatrice est mince et a beaucoup de surface.

Cette absorption va toujours en s'affaiblissant dans le tissu nouveau, à mesure qu'il devient plus dur et plus résistant; mais elle ne cesse entièrement que beaucoup plus tard : c'est à l'espèce de desséchement produit par cette absorption, qu'il faut attribuer la tendance que conservent pendant long-temps les cicatrices à diminuer de dimensions dans tous les sens; le phénomène est plus apparent dans le sens dans lequel la cicatrice a plus d'étendue, parce que, résultant d'une action purement moléculaire, il doit être proportionné à la somme des parties soumises à l'influence de cette action.

C'est l'observation de ces effets qui a fait admettre dans les cicatrices qui succèdent aux plaies avec perte de substance, une *force* de rétraction ; mais cette force n'est autre chose que la continuation de l'absorption, dont les résultats sont plus appréciables dans le sens où il y a plus de molécules absorbées. Un phénomène semblable s'observe même après la mort, sous l'influence d'une cause analogue. Quand dans nos amphithéâtres des tendons restent exposés à un air sec, ils ne tardent pas à diminuer de volume et surtout de longueur, à mesure qu'ils se dessèchent. Les aponévroses, les ligamens, la dure-mère, la peau, etc., soumis à la même évaporation, subissent la même rétraction. On sait aussi l'effet que produit la sécheresse ou l'humidité sur les cuirs, les parchemins, les cordes à violon, les tissus pileux, etc. : c'est sur ce phénomène qu'est fondée la construction de l'hygromètre. La rétraction produite après la mort par l'évaporation, explique parfaitement celle que, pendant la vie, l'absorption détermine dans le tissu des cicatrices.

En résumé, les cicatrices qui succèdent aux plaies avec perte de substance, s'opèrent exactement de la même manière que celles qui réunissent des parties divisées mises en contact, c'est-à-dire, par l'*induration* des tissus préalablement *ramollis*, par la condensation et l'organisation des matériaux déposés dans leur épaisseur ou à leur surface; seulement ici, cette surface étant en contact avec l'air, les sucs qui y sont déposés sont, pendant quelque temps, perdus pour le

travail de la cicatrisation ; il y a suppuration, au lieu de réunion immédiate.

Ce que je viens de dire des plaies avec perte de substance, est exactement applicable à toutes, quel que soit le mode de destruction des parties : ainsi, quand une inflammation a produit la gangrène, il reste après la séparation de l'escarre une plaie qui ne diffère en rien de celle qui aurait été produite par un coup de sabre : un nouveau travail commence, ou plutôt c'est le même travail qui continue, jusqu'à ce que la cicatrisation soit complète ; c'est alors, et seulement alors, que la maladie est terminée. Dans ce sens, rigoureusement parlant, il n'est pas exact de dire qu'une inflammation s'est *terminée* par gangrène, ou que la gangrène est une des *terminaisons* de l'inflammation, puisque l'inflammation préside à la séparation des parties mortes et à la production de la cicatrice. La gangrène est un des effets de l'inflammation ; mais celle-ci n'est pas plus terminée quand une partie s'est séparée spontanément, que quand elle a été enlevée par l'instrument tranchant, ou détruite par ulcération, par érosion. Il reste encore, dans tous ces cas, à obtenir la guérison des surfaces en suppuration, guérison qui ne peut s'opérer que par leur *cicatrisation*. Ainsi, en dernière analyse, l'*induration* est encore, lorsqu'il y a eu gangrène, le dernier terme ou la véritable *terminaison* de la maladie.

Dans le furoncle, dans l'anthrax, où une portion du tissu cellulaire est constamment mortifiée, on ne dit

pas que la maladie est terminée quand le bourbillon est sorti; pourquoi le dirait-on quand il s'agit d'une escarre plus considérable ou d'un membre entier?

La cicatrisation qui succède à une perte de substance a toujours lieu de la même manière, quelle que soit la cause qui ait donné lieu à cette destruction. En effet, qu'elle ait été produite par instrument tranchant, par gangrène, par brûlure, par érosion, par ulcération, peu importe; la surface enflammée qui succède à la destruction, ne peut se guérir que par la formation d'une cicatrice qui sera toujours *plus dure* que le tissu dans lequel elle s'est développée. La chose est évidente pour les parties molles; voyons s'il en est de même pour les tissus plus fermes et même tout-à-fait durs.

Les taches opaques qui succèdent aux ulcérations de la cornée, sont tout-à-fait analogues aux cicatrices de la peau qui remplacent une perte de substance. Dans les cas de variole, par exemple, la ressemblance est parfaite, puisque la cause première de l'altération est la même. Dans ce cas encore, il y a *induration*, organisation de matériaux nouveaux déposés dans l'épaisseur de la cornée et à sa surface, car l'opacité n'est pas due à une autre cause.

Dans la phthisie laryngée, lorsque l'ulcération de la membrane muqueuse se dirige vers quelque cartilage, il s'ossifie quand l'inflammation s'étend jusqu'à lui; et si le malade guérit, comme j'en ai vu des exemples, on trouve la cicatrice intimement unie à la portion de cartilage ossifiée. Ce cas est tout-à-fait ana-

logue aux précédens. L'ossification du cartilage est un phénomène de même nature que l'induration à laquelle est due la membrane nouvelle qui le recouvre: l'os nouveau fait véritablement partie de la *cicatrice*.

Quand la destruction des parties molles s'étend jusqu'à des tissus plus durs encore, quand elle atteint la surface des os, non-seulement le périoste s'ossifie, mais encore le tissu osseux lui-même acquiert une densité plus grande. Ainsi, par exemple, chez les malades qui ont eu des ulcérations profondes et étendues à la partie inférieure et antérieure des jambes, le tibia est très-souvent renflé; la cicatrice est supportée par une tumeur osseuse inégale, plus ou moins saillante, et dont la base est souvent fort étendue. Ces renflemens sont dus au retour fréquent des inflammations qui ont produit l'ossification du périoste, la transformation du tissu cellulaire en tissu fibreux, et plus tard, l'ossification de ce dernier lui-même par suite d'une nouvelle inflammation. Bien plus, si l'on a l'occasion d'examiner ce qui s'est passé dans l'épaisseur même de l'os, on trouve, après l'avoir scié, que son tissu est devenu plus dur, plus compacte, comme *éburné*, depuis la surface qui est unie à la cicatrice, jusqu'à la cavité médullaire. Ainsi, le tissu cellulaire, le périoste et l'os lui-même, ont pris part, chacun à leur manière, à cette *induration*; ont subi, suivant leur structure, les influences de l'inflammation: le tissu cellulaire est devenu fibreux, le tissu fibreux est devenu osseux, et l'os lui-même a augmenté de densité. Le phénomène de la

cicatrisation ne doit pas être seulement étudié à la surface de la peau; il faut encore l'envisager dans tous les tissus qui y ont pris part, puisque tous ont subi une transformation analogue.

Quand une portion du crâne a été détruite par suite d'une fracture grave, on trouve quelquefois sous la pellicule extérieure qu'on appelle *cicatrice*, la dure-mère épaissie, *ossifiée*; le feuillet cérébral de l'arachnoïde opaque, *endurci*, intimement uni à celui qui tapisse la dure-mère; enfin la surface du cerveau comme *cartilagineuse*, également adhérente à la pie-mère. Dans les cas de cette nature (*V.* n° 2), il est évident que toutes ces altérations ont été produites par la même cause, se sont opérées de la même manière; si leur aspect est un peu différent, cela tient uniquement à l'organisation primitive de chaque tissu: il est impossible de n'envisager comme cicatrice que la pellicule mince qui est en contact avec l'air. Personne n'imaginera que la dure-mère, confondue avec cette pellicule, puisse en être séparée; mais si la dure-mère fait partie de la cicatrice, pourquoi les autres tissus sous-jacens qui ont subi des modifications analogues, en seraient-ils distingués? Evidemment la couche *cartilagineuse* du cerveau doit en faire partie, comme la portion *endurcie* de l'arachnoïde, comme la portion *ossifiée* de la dure-mère et les tissus fibreux ou celluleux qui unissaient toutes ces parties, car tous ces tissus ont passé par l'état *mou* pour arriver à une *grande consistance*. Les matériaux ap-

pelés dans leur épaisseur, quoique différens, s'y sont organisés de la même manière. C'est encore un travail semblable qui a présidé à la transformation des fluides gélatino-albumineux en adhérences celluleuses ou fibreuses. Toutes ces altérations doivent donc être considérées comme une cicatrice épaisse, adhérente au cerveau. S'en faire une autre idée, ce serait vouloir établir des distinctions subtiles entre des choses évidemment identiques; ce serait continuer à envisager l'anatomie pathologique d'une manière étroite, mesquine, et propre à retarder les progrès de la science.

Il est une autre espèce d'induration qui doit être rapprochée de la précédente, quoiqu'on ne lui donne pas aussi généralement le nom de *cicatrice :* je veux parler de celle qui succède à la suppuration phlegmoneuse. Supposons qu'un abcès se forme dans le tissu cellulaire sous-cutané, tout sera-t-il terminé quand le pus se sera réuni en foyer? Personne ne peut avoir cette pensée. Que le pus soit absorbé ou évacué, il reste encore à obtenir la réunion des parties décollées, la cicatrisation des parois du foyer; et cette seconde période de la maladie, celle sans laquelle il n'y a pas de guérison, est souvent la plus longue. Au reste, le travail qui préside à cette dernière opération est exactement semblable à celui que nous avons décrit dans les cas précédens.

Si l'on a l'occasion d'examiner avec soin l'état des parties qui avoisinent un abcès récent, on les trouve gorgées de liquides, et *ramollies* jusqu'à une distance

variable du foyer purulent. Après l'évacuation ou l'absorption du pus, les parois du foyer se rapprochent et leurs surfaces s'unissent; après la guérison, on trouve là une substance dure, compacte, plus ou moins analogue au tissu fibreux, ou même fibro-cartilagineux. Que s'est-il passé dans ces parties? Les tissus *ramollis* se sont *endurcis ;* les sucs infiltrés dans leur épaisseur ou déposés à leur surface ont pris de la consistance et se sont combinés, organisés avec eux de manière à former un tissu nouveau *plus dur* que l'organe sain : ce n'est qu'alors que la guérison est terminée.

Ainsi, la suppuration n'est pas le dernier terme du travail inflammatoire ; ainsi, pour parler rigoureusement, on ne peut pas dire que l'inflammation s'est *terminée* par suppuration, ou que la suppuration a été une des *terminaisons* de l'inflammation. Après l'absorption ou l'évacuation du pus, il reste encore à obtenir la réunion des parois du foyer; réunion qui se fait quelquefois long-temps attendre, et à laquelle doit nécessairement présider l'inflammation; réunion qui s'opère par l'organisation d'un nouveau tissu plus *dur* que les parties aux dépens desquelles il s'est formé. Ainsi, dans tous les cas de cette nature, l'*induration* est encore le véritable terme du travail inflammatoire, la véritable *terminaison* de l'inflammation.

Dans les mêmes circonstances, des phénomènes semblables, des changemens analogues s'opèrent dans tous nos organes avec des nuances qui s'expliquent facilement par la texture de chacun d'eux: c'est ainsi

que se forment les cicatrices variées qu'on rencontre dans le foie, dans le poumon, dans la rate, dans les reins, dans le cerveau (n°s 20 et 21), etc.

J'ai trouvé souvent à la surface des poumons, surtout vers le sommet, des noyaux d'induration de forme lenticulaire, étoilée, etc., d'étendue variable depuis une demi-ligne jusqu'à un pouce et plus, quelquefois adhérens à la plèvre costale; d'autres fois recouverts seulement par la plèvre pulmonaire, ou plus ou moins enfoncés, variables en épaisseur, en couleur et en densité; j'en ai trouvé souvent de cartilagineux, et quelquefois d'osseux. Ceux qui avaient quelque étendue étaient ordinairement accompagnés d'une dépression de la surface du poumon et d'un certain froncement de la plèvre et du tissu pulmonaire. Ces indurations irrégulières sont de véritables cicatrices qui succèdent à des abcès isolés et superficiels du poumon, ou, ce qui revient au même, à des tubercules suppurés, qui se sont vidés dans les ramifications des bronches.

On trouve peut-être aussi souvent des altérations semblables dans le foie, tantôt à sa surface, tantôt dans son épaisseur. Dans le premier cas, le péritoine est opaque, épaissi, déprimé, et le plus souvent adhérent avec celui qui tapisse le diaphragme, ou tout autre organe. La forme, l'épaisseur et l'étendue de ces cicatrices varient suivant le siége de l'inflammation, son intensité, son étendue, etc.

Elles sont souvent déprimées, rayonnées, accom-

pagnées d'un froncement des parties environnantes, présentent quelquefois des embranchemens qui s'étendent plus ou moins loin dans l'épaisseur du foie, comme des racines. D'autres fois le noyau principal est situé plus profondément ; on n'aperçoit à la surface du foie qu'une des plus petites ramifications qui aboutit à une portion de péritoine épaissie, opaque, enfoncée, adhérente aux parties voisines par quelques filamens ; d'autres fois enfin, l'altération est entièrement recouverte par le tissu du foie; mais on peut encore la soupçonner à la dépression sensible qu'on remarque à sa surface. Quelques-unes de ces indurations profondes sont aplaties, formées de deux parois réunies par un tissu cellulaire plus ou moins dense et comme fibreux, ou tomenteux et infiltré de sérosité ; elles présentent enfin les traces incontestables d'un ancien kyste oblitéré. D'autres, en plus grand nombre, présentent des expansions variées qui aboutissent à un centre commun plus dur, comme noueux, sans cavité, mais qui paraît avoir été le foyer principal de la maladie. D'autres sillonnent le tissu du foie sous la forme de cordons alongés, irréguliers, renflés en quelques points; il en est qui sont ramassées et plus ou moins sphéroïdes. J'ai vu des foies dans lesquels toutes ces formes se rencontraient en même temps, quoique le tissu de chaque induration présentât à l'intérieur le même aspect, la même couleur, la même consistance; ce qui prouve que toutes ces altérations étaient dues à la même cause.

Toutes méritaient donc d'être considérées comme de véritables *cicatrices*, quelles que soient d'ailleurs leurs formes.

Dans quelques cas de cette nature, les dépressions de la surface du foie sont si multipliées, et quelquefois si profondes, que la forme extérieure de l'organe en est changée. Cet effet est produit par la même cause que la rétraction des cicatrices qui succèdent à des plaies avec perte de substance.

On observe des phénomènes semblables de rétraction dans le cerveau; il est même remarquable que le crâne, malgré sa solidité, en subit quelquefois l'influence, comme nous le verrons plus tard; d'autres fois cependant, cet effet se fait sentir sur le ventricule latéral correspondant, qui se dilate outre mesure, quoique l'autre reste dans son état ordinaire (voyez les observations n°s 23 et 24). Pourquoi, dans un cas, cette influence de la rétraction se fait-elle plus particulièrement ressentir sur les os du crâne, et dans l'autre, sur la cavité ventriculaire correspondante? Il est probable que cette différence tient au siége et à l'intensité de la maladie. Quand l'inflammation s'étend jusqu'à la membrane séreuse, elle augmente l'exhalation et favorise la distension du ventricule correspondant; quand elle est aiguë, les phénomènes se succédant avec rapidité, la cicatrisation marche trop promptement, pour que le crâne puisse céder à la rétraction qui s'opère dans le tissu du cerveau; c'est donc du côté du ventricule qu'elle doit produire ses effets.

La dépression du crâne est nécessairement soumise à l'influence de la nutrition; elle ne peut être appréciable qu'au bout d'un temps fort long, et ne peut, par conséquent, être produite que par une maladie essentiellement chronique. Il faut de plus, pour que cet effet aît lieu, que l'inflammation ne s'étende pas jusqu'à la membrane séreuse qui tapisse le ventricule correspondant; sans quoi l'exhalation qui en serait le résultat suppléerait à la diminution de volume du cerveau, et la cavité du crâne ne pourrait pas éprouver de changement.

Les reins sont souvent le siége d'altérations semblables; elles se dirigent de la surface vers le centre, parce que les abcès se sont vidés dans les bassinets: aussi trouve-t-on souvent les reins bosselés, déformés, comme partagés en plusieurs lobes par des expansions fibreuses qui, partant d'une dépression profonde, s'étendent en divergeant.

On trouve aussi quelquefois dans la rate des cicatrices d'aspect variable qui sont dues à la même cause (voyez n°s 14 et 17).

Enfin, tous les organes qui peuvent être détruits en partie par la suppuration, présentent des phénomènes analogues; les os mêmes n'en sont pas exempts.

Quand le corps des vertèbres a été détruit par la suppuration de tubercules développés dans leur épaisseur, on trouve, après la guérison, la partie antérieure de la colonne vertébrale déprimée; les surfaces du foyer sont rapprochées et soudées entre elles; tous les

tissus fibreux environnans sont ossifiés; le tissu *spongieux* a pris la consistance du tissu *compacte;* il est même quelquefois comme *éburné;* il ne se passe donc là rien que nous n'ayons remarqué dans la cicatrisation de tous les foyers de suppuration; il y a réunion et induration des parois, avec des circonstances particulières qui dépendent uniquement de la nature des tissus dans lesquels les phénomènes se passent.

Ainsi la cause qui préside à la réunion de toute partie divisée, à la réparation de toute partie détruite, est toujours la même; le travail par lequel cette réunion ou cette réparation s'opère est toujours le même; le résultat définitif est toujours, en dernière analyse, une *induration* des parties affectées, accompagnée de *l'organisation de matériaux nouveaux infiltrés dans leur épaisseur et épanchés à leurs surfaces.*

Dans certains cas plus fréquens et mieux étudiés que les autres, on est convenu d'appeler *cicatrice* ce tissu nouveau, quand il présentait certains caractères; mais faute d'y avoir suffisamment réfléchi, on a donné des noms différens à des produits tout-à-fait analogues; on s'est fait une toute autre idée de la cause et du mécanisme de leur formation, parce qu'on a attaché plus d'importance à l'aspect des altérations, qu'à la cause première de leur production et à la nature du travail qui préside à leur organisation. Au reste, peu importent les noms, pourvu qu'ils n'aient pas d'influence sur la manière d'envisager les choses, pourvu qu'on les étudie sous tous les rapports, et qu'on ne

perde jamais de vue les circonstances qui les caractérisent essentiellement. Qu'on conserve donc, si l'on veut, le mot *cicatrice*, mais qu'on l'applique à tous les objets analogues qui ne diffèrent que par des circonstances tout-à-fait accessoires.

Ceux que nous venons d'examiner ne sont pas les seuls qui doivent être rangés dans cette catégorie; il est une foule de cas qui doivent y être ramenés, si l'on ne veut pas en prendre une idée fausse et incomplète : ainsi, par exemple, si on donne le nom de cicatrice aux indurations déprimées, crispées, de la surface du foie, des reins, de la rate, etc., comment le refuser à celles qui, moins profondes, affectent à peine le parenchyme de l'organe, à celles qui semblent développées entre sa surface et le péritoine, et même à ces plaques cartilagineuses, plus superficielles encore, épaisses au centre, minces à la circonférence, qui semblent plutôt dues à l'épaississement et à l'induration du péritoine, que développées aux dépens de l'organe sous-jacent. Entre ces indurations les plus déprimées, auxquelles aboutissent des ramifications plus profondes et les plaques cartilagineuses du péritoine, il est impossible de trouver une ligne de démarcation : on les voit souvent réunies chez le même individu, et l'analogie doit nous porter à croire qu'elles sont dues à la même cause.

Les affections de la cornée nous offrent un exemple du même genre. On n'a pas hésité à appeler cicatrice la ligne opaque qui succède à la réunion des solutions

de continuité de cette membrane. On doit évidemment donner le même nom aux taches qui résultent de la cicatrisation des ulcérations développées à sa surface; mais lorsque des taches semblables succèdent à une ophthalmie aiguë, non accompagnée d'ulcération, peut-on leur refuser le nom de *cicatrice*? Ce serait établir des distinctions bien subtiles entre des choses évidemment de même nature; car la cause de l'altération est la même dans tous les cas, elle a les mêmes résultats, s'est opérée de la même manière et dans le même tissu.

Ne faut-il pas ranger dans la même catégorie les plaques cartilagineuses ou osseuses, accidentelles et bien circonscrites, qu'on rencontre à la surface interne et dans l'épaisseur de la paroi des artères? (Bien entendu qu'il n'est pas ici question de ces granulations uniformément répandues dans l'épaisseur des parois des artères, et qui tiennent à la tendance qu'ont ces tissus à s'incruster de phosphate de chaux par les progrès de l'âge, phénomène analogue à celui qu'on observe dans les cartilages costaux et laryngés.) Cette altération *accidentelle* n'est-elle pas due à la même cause que toutes les indurations que nous avons examinées jusqu'à présent? La maladie commence par un ramollissement partiel, circonscrit, des parois des artères, d'aspect variable, suivant la violence de l'inflammation, accompagné d'infiltration de pus, et quelquefois même de collections purulentes, et se termine par la transformation de ces parties en un tissu plus dense et comme terreux, ou tout-à-fait cartilagineux et suscep-

tible, comme tous les autres cartilages, sous l'influence de la même cause, de s'incruster de phosphate de chaux, et de former des lamelles tout-à-fait osseuses. La preuve que c'est bien la même cause qui produit ces différens effets, c'est qu'on trouve quelquefois sur le même individu des ulcérations, des ramollissemens, du pus infiltré, des petits abcès, des cartilages, et enfin des os entremêlés dans les parois de la même artère; en sorte qu'on peut suivre toutes les nuances des altérations produites par l'inflammation du tissu artériel, depuis son origine jusqu'à sa terminaison; toutes les phases de ces transformations, depuis l'état de *ramollissement* jusqu'à celui d'*induration* la plus complète. L'observation n° 16 vous en offre un exemple d'autant plus remarquable, que des phénomènes tout-à-fait semblables s'étaient passés dans le cerveau, avec la différence que comporte la nature de chaque tissu. Les plaques cartilagineuses et osseuses *accidentelles* qui déforment les parois des artères, sont donc essentiellement dues à la même cause et produites par le même travail que les cicatrices.

Ce rapprochement ne peut paraître singulier qu'à cause des idées qu'on s'est habitué à rattacher au mot *cicatrice*. En genéral, il fait naître la pensée d'un moyen de réunion, de réparation, de guérison; on y rattache toujours quelque utilité; mais, outre qu'il est des cicatrices fort nuisibles, il est indispensable, pour ne pas s'égarer dans l'étude des altérations, d'abandonner toute idée de *cause finale*. Ce n'est

plus le temps de prêter des intentions à la *prévoyante nature ;* il faut aujourd'hui constater les lois suivant lesquelles les phénomènes se produisent, s'enchaînent, se succèdent ; les rapprocher d'après leur cause et le mécanisme de leur production ; les éclairer les uns par les autres, en faisant abstraction du but qu'on leur suppose, de leurs effets bons ou mauvais.

Vous ferez facilement l'application de tout ce qui précède aux altérations du cerveau que nous avons examinées dans cette lettre : quelques-unes, profondément situées, ont présenté des traces non équivoques d'anciens kystes, dont les parois aplaties étaient réunies par du tissu cellulaire (voyez n°s 20 et 21); une autre était allongée, irrégulière, semblable à une corde noueuse (voyez n° 20); d'autres, plus voisines de la surface des circonvolutions, étaient radiées et, pour ainsi dire, crispées, comme les cicatrices de la peau qui succèdent à des pertes de substance (n° 19 et §. II); d'autres offraient des expansions en forme de racines, comme quelques-unes de celles du poumon, du foie, des reins, de la rate, dont je vous ai parlé (n° 3); d'autres, en plus grand nombre, situées tout-à-fait à la surface des circonvolutions, et le plus souvent adhérentes à la pie-mère, d'étendue, d'épaisseur et de consistance variables, ressemblaient à ces plaques plus ou moins dures qu'on rencontre si souvent à la surface du foie, de la rate, des reins, des poumons, du cœur, etc..., au-dessous de la membrane séreuse qui tapisse ces organes et intéressent plus ou moins leur parenchyme

(n°s 1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18).

Dans toutess les observations recueillies avec soin, nous avons pu acquérir la conviction que ces altérations avaient été produites par des inflammations qui avaient le plus souvent le caractère aigu. Quand les symptômes n'ont pas été relatés, nous avons encore pu constater qu'il y avait eu inflammation, lorsque l'altération avait été provoquée par des lésions traumatiques; et je ne crois pas que, malgré l'absence d'autres renseignemens, on puisse conserver le moindre doute à cet égard. Dans les autres cas, la maladie étant guérie depuis long-temps, et ne donnant lieu à aucun accident au moment où le praticien a été appelé pour l'affection qui a causé la mort, il n'est pas étonnant que son attention ne se soit pas dirigée vers le cerveau, et que l'observation ne contienne aucun renseignement sur l'ancienne encéphalite; mais pour cela faut-il en conclure que l'altération du cerveau se soit développée sans cause, sans qu'aucun symptôme ait pu faire soupçonner sa formation? Cela n'est pas supposable.

L'histoire des altérations anciennes qu'on rencontre dans tous les tissus, ne fera de véritables progrès qu'autant que les praticiens s'astreindront à recueillir exactement les détails commémoratifs les plus minutieux, non-seulement sur l'organe qui est actuellement affecté, mais sur toutes les maladies que peuvent avoir éprouvées les autres; sans cette précaution, il sera toujours impos-

sible de rien comprendre aux transformations qui depuis long-temps ne donnent plus de signes de leur existence; ces lésions seront, pour celui qui ne connaît que l'histoire de la maladie qui a causé la mort, des espèces de caractères d'une langue inconnue qui, à ses yeux, ne pourront avoir aucun sens : elles en auraient un bien déterminé, s'il avait eu la connaissance des symptômes éprouvés par le malade aux différentes époques de sa vie. Il n'aurait souvent fallu qu'un mot dans une observation, pour terminer bien des discussions, et des siècles peuvent s'écouler avant qu'il se présente un cas qui réunisse toutes les conditions nécessaires, pour donner la solution rigoureuse de la question que ce mot eût pu décider. L'homme n'est pas un sujet à expériences, qu'on puisse mettre à volonté dans les conditions qu'on cherche; nous ne pouvons nous aider que des expériences faites par les maladies. Il est évident qu'on n'arrivera jamais à aucun résultat dans l'étude des altérations anciennes, que par l'histoire bien détaillée des maladies qui ont précédé de long-temps celle qui a causé la mort; on ne peut donc trop conseiller à ceux qui recueillent des observations, de ne négliger aucun détail relatif aux maladies antérieures. Si cette marche avait été suivie, nous saurions aujourd'hui à quoi nous en tenir sur les symptômes qui ont accompagné la formation de toutes les lésions dont nous venons de parler.

Nous avons dit que la considération d'utilité ne pouvait entrer pour rien dans l'idée qu'on doit se faire des

cicatrices : la nature des matériaux qui entrent dans leur composition, ne peut pas davantage servir à les caractériser; car si la plupart ont plus ou moins l'aspect des tissus fibreux ou fibro-cartilagineux, il en est qui sont osseuses : telles sont celles qui réunissent les cartilages, les os fracturés, ou en partie détruits par la suppuration, celles qui succèdent à l'inflammation du périoste, de la dure-mère, des parois des artères, etc... ; d'autres, en grand nombre, présentent tous les caractères des tissus cartilagineux : telles sont celles qu'on rencontre souvent sous les membranes séreuses, à la surface du foie, de la rate, des reins, du cœur, et dans l'épaisseur de tous les organes.

Nous en avons vu dans la rate qui avaient une couleur de brique pilée, couleur qui était due probablement à la présence du sang. Dans les observations 19 et §. II, la cicatrice du cerveau était étoilée, comme crispée, et d'une couleur brunâtre, etc... Cette altération ressemblait exactement, par sa forme, aux cicatrices qui succèdent à une perte de substance. La cause de sa production a été celle de toutes les cicatrices; seulement le sang paraît avoir fourni la plus grande partie des matériaux qui entraient dans sa composition. Cette circonstance ne peut pas nous empêcher d'assimiler cette altération aux autres cicatrices : bien plus, si nous faisons abstraction de toute idée préconçue, nous devons ranger dans la même catégorie les indurations rouges qui font le sujet de la lettre précédente (v. aussi l'obs. n° 7) : elles ne diffèrent

des autres cicatrices que par la nature du fluide qui s'est infiltré, condensé, organisé dans la substance cérébrale, d'abord *ramollie* et ensuite *indurée*. La cause de l'altération est la même que pour les autres *cicatrices ;* le travail est semblable ; le résultat est, comme dans tous les autres cas, une *induration :* seulement ici c'est le sang qui joue le principal rôle ; mais il s'est comporté exactement de la même manière que tous les autres produits de l'inflammation, dans les circonstances analogues. La preuve que ces altérations ne peuvent pas être séparées des autres, parce que les matériaux qui entrent dans leur composition sont différens, c'est que nous avons trouvé quelques-unes de ces indurations dans lesquelles on reconnaissait évidemment la présence du pus à côté de celle du sang, de manière à donner à différentes parties de la tumeur une couleur jaune bien tranchée, qui faisait opposition avec la couleur d'un rouge vif, produite par la présence du sang ; et nous n'avons pu avoir le moindre doute sur la cause de ces deux colorations de la même tumeur, puisqu'il existait dans les parties environnantes un ramollissement qui offrait exactement cette même bigarrure, et qu'on y a reconnu d'une manière évidente le sang et le pus encore à l'état liquide.

Dans plusieurs observations de cette lettre sixième (voyez n°s 1, 7, 15, 22), des indurations de forme lamineuse comme les *cicatrices*, et produites incon-

testablement par une inflammation aiguë, étaient formées, en grande partie, par du pus, et contenaient cependant de petites quantités de sang disséminées sous forme de petits points rouges dont la couleur se dessinait sur un fond jaune. Dans les observations de M. Bravais, il serait souvent difficile de dire lequel du sang ou du pus a fourni plus de matériaux à la *cicatrice.* Dans d'autres enfin, l'on ne peut s'empêcher de reconnaître, d'après la description de la *cicatrice*, que le pus a contribué seul à sa formation (n° 3).

Je reviendrai sur ces dernières, ainsi que sur celles qui sont *fibreuses*, *cartilagineuses*, etc., lorsque je m'occuperai des *indurations* dont la composition a de l'analogie avec celle de ces cicatrices. C'est alors seulement que vous pourrez en avoir une idée complète. Cependant, sans devancer les faits par des assertions prématurées, vous pouvez déjà juger, par ceux que nous venons d'examiner, que les matériaux qui entrent dans la composition des *indurations* peuvent varier beaucoup, quoique la cause et le mécanisme de la transformation soient les mêmes, et que ces *matériaux* ne suffisent pas plus que les considérations de *forme* et d'*utilité*, pour caractériser ce qu'on doit appeler *cicatrice.*

Vous voyez qu'en dernière analyse la seule circonstance commune à toute *cicatrisation*, est *la transformation de la partie enflammée et des produits de l'inflammation, en un tissu nouveau,* plus dur *que celui qui*

existait auparavant, abstraction faite de toute considération d'utilité, de couleur, de densité, de forme, et même d'élémens de composition.

A quels caractères pourra-t-on donc distinguer les *cicatrices* des autres *indurations?* J'avoue que je n'en connais pas, et qu'il me serait impossible d'établir entre elles aucune distinction fondée sur des considérations importantes et invariables. Mais ce qui me paraît démontré par l'examen attentif de tous les faits d'anatomie pathologique, c'est que *toute altération de tissu, due à l'inflammation, commence par le ramollissement et finit par l'induration.*

§. VII. Je ne me suis occupé jusqu'à présent que du mode de formation des cicatrices; mais après qu'elles sont complétement organisées, restent-elles stationnaires? leurs tissus n'éprouvent-ils aucun changement?

Celles de la peau sont susceptibles de s'enflammer, et, par suite, de se rouvrir, de suppurer, de se détruire, de se gangréner, etc...., de subir enfin toutes les modifications dont sont susceptibles les tissus auxquels elles ressemblent par leur structure et leur composition.

Il n'est pas rare de voir des cals déjà solides se dissoudre et laisser de nouveau les fragmens mobiles : cette perte de consistance me paraît devoir être attribuée à un retour de l'inflammation, et comparée à ce qu'on observe dans les cicatrices de la peau. Nous aurons occasion de voir plus tard d'autres tissus accidentels

s'enflammer et se détruire par la suppuration ; nous en verrons d'autres passer, par l'influence de la même cause, de l'état cartilagineux à l'état osseux, comme les cartilages ordinaires.

En un mot, toutes les indurations, participant à la vie comme les tissus auxquels elles ressemblent par leur organisation, sont exposées aux mêmes maladies.

Mais lors même que les cicatrices ne sont le siége d'aucune maladie nouvelle, leur tissu ne reste pas absolument stationnaire. Après la réunion des abcès sous-cutanés, la peau reste long-temps collée sur les muscles; elle y adhère intimément par un tissu plus ou moins dur qui ne lui permet aucun déplacement. Avec le temps, elle reprend peu à peu toute sa mobilité; et si l'on a l'occasion d'examiner les parties au bout de plusieurs années, on n'aperçoit plus aucune trace d'*induration*.

Le cal qui environne les fractures devient aussi moins volumineux avec le temps; et même, si l'on examine l'os plusieurs années après l'accident, on trouve le périoste et le tissu médullaire revenus à leur état primitif, à moins qu'il n'ait existé une difformité considérable ; la cavité des os longs, autrefois oblitérée par le cal, a repris ses dimensions ordinaires : il s'est donc opéré là une absorption plus ou moins complète des matériaux qui avaient été déposés dans le périoste et dans la moelle. Ces changemens n'ont rien de surprenant, quand on se rappelle qu'après l'ampu-

tation de la cuisse, le fémur se transforme en un cône grêle, léger, composé de substance spongieuse, recouverte seulement d'une lame très-mince de tissu compacte.

Les cicatrices superficielles de la cornée disparaissent quelquefois spontanément; d'autres fois, l'art peut en obtenir la résolution : il faut donc que la substance albumineuse, combinée avec les lames de la cornée, ait été reprise par les vaisseaux absorbans.

Un changement analogue s'opère dans les adhérences qui s'établissent accidentellement entre les membranes séreuses; le tissu nouveau finit par se transformer en longs filamens fibreux, quand il est soumis à des tiraillemens : dans le cas contraire, il se résout en tissu cellulaire, qui ne diffère en rien de celui des autres parties du corps.

Le cordon fibreux qui remplace le calibre des artères oblitérées, se transforme souvent en un ligament aréolaire, qui finit avec le temps par se résoudre en un tissu cellulaire.

Enfin, dans le parenchyme des organes, il n'est pas rare de trouver des cicatrices transformées plus ou moins complétement en tissu cellulaire.

Des changemens analogues s'opèrent dans les cicatrices du cerveau; vous avez vu, dans les observations nos 2 et 19, une lame dure, comme cartilagineuse, entourée de substance cérébrale, plus ferme que dans l'état sain, mais beaucoup moins dure que le noyau central.

Dans un autre cas (n° 23), une plaque cartilagineuse recouvrait un tissu aréolaire, composé d'espèces de lamelles percées de petits trous : c'était probablement la trame qui avait contenu les matériaux absorbés : ces alvéoles semblent devoir être considérées comme une transition à l'organisation cellulaire; c'est du moins l'état qui en approche le plus (voyez aussi l'obs. n° 22).

Chez un autre malade (n° 24), une grande partie de l'un des hémisphères était transformée en tissu cellulaire, et n'était plus environnée d'aucun vestige d'induration. Et remarquez que, dans tous les cas que je viens de vous rappeler, les malades ont survécu très-long-temps; et qu'enfin, chez ceux qui ont offert des exemples de transformation en tissu cellulaire, la maladie datait de la plus tendre enfance, époque de la vie où l'absorption s'exécute avec le plus d'activité.

Il s'opère donc dans le tissu des *cicatrices* un changement moléculaire qui tend à l'absorption des matériaux combinés avec le parenchyme de l'organe. Cette absorption n'est que la continuation de celle qui produit dans les premiers momens le *dégorgement* des parties enflammées; plus tard, la *condensation*, l'*induration* qui président à la formation de la *cicatrice*; enfin le *resserrement* de celle-ci dans tous les sens et sa tendance continuelle aux *rétractions consécutives* dont je vous ai parlé. Cette absorption se ralentit à mesure

que l'excitation diminue dans le tissu nouveau; mais il paraît que dans certains cas, surtout chez les enfans, elle continue jusqu'à ce qu'il ne reste plus qu'une espèce de tissu *cellulaire* qui, semblable à la trame de tous nos organes, paraît constituer le *réseau vivant* dans lequel sont déposés les matériaux qui servent à l'organisation des cicatrices.

Paris, le 28 décembre 1830.

FIN DU TOME SECOND.

